

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE**

FERNANDA PATRÍCIA SOARES SAMPAIO NOVAES

**FORMAÇÃO MÉDICA E ATITUDE DOS PEDIATRAS FRENTE À
COMUNICAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL. PESQUISA QUALITATIVA**

**RECIFE
2015**

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE**

FERNANDA PATRÍCIA SOARES SAMPAIO NOVAES

**FORMAÇÃO MÉDICA E ATITUDE DOS PEDIATRAS FRENTE À
COMUNICAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL. PESQUISA QUALITATIVA**

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Educação para Ensino na área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Linha de pesquisa: Avaliação de aprendizagem e de ambiente de ensino-aprendizagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Patrícia Gomes de Mattos Bezerra

Co-orientador: Prof. Dr. Josimário João Silva

RECIFE
2015

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

N935f Novaes, Fernanda Patrícia Soares Sampaio.

Formação médica e atitude dos pediatras frente à comunicação do óbito infantil. Pesquisa qualitativa/ Fernanda Patrícia Soares Sampaio Novaes; orientadora Patrícia Gomes de Matos Bezerra; coorientador Josimário João Silva. – Recife: Do Autor, 2015.
82 f.: il.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Mestrado profissional em educação para o ensino na área de saúde, 2015.

1. Educação médica. 2. Morte. 3. Comunicação. 4. Pediatria I. Bezerra, Patrícia Gomes de Matos, orientadora. II. Silva, Josimário João, coorientador. IV. Título.

CDU 614.253-053.2



FPS

Faculdade
Pernambucana
de Saúde

Curso: **Mestrado Profissional em Educação para o
Ensino na Área de Saúde**

Avaliação de Defesa de Dissertação

Título:

"Formação médica e atitude dos pediatras frente à comunicação do óbito infantil em um hospital escola do nordeste do Brasil. Pesquisa qualitativa."

Orientadora : **Profa. Dra. Patrícia Gomes de Matos Bezerra - FPS**

Coorientação: **Prof. Dr. Josimário João da Silva – UPE**

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Júlia Gonçalves de Mello – IMIP
Profa. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo - FPS
Profa. Dra. Patrícia Gomes de Matos Bezerra - FPS

Analisando o trabalho escrito, a exposição oral e as respostas apresentadas às observações e questionamentos da arguição, a candidata **FERNANDA PATRICIA SOARES SAMPAIO NOVAES** foi considerada Renovada.

Recife, 30 de abril de 2015.

Profa. Dra. Maria Júlia Gonçalves de Mello

Profa. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo

Profa. Dra. Patrícia Gomes de Matos Bezerra

Rua Jean-Émile Favre, 422,
Imbiribeira, Recife, PE.
CEP: 51200-060
Tel.: (81) 3035-7777
Fax: (81) 3035-7727
www.fps.edu.br

O QUE É SER HUMANO

Rafael de Abreu Maynard *

“O que é ser humano?

Sim, eu pergunto porque às vezes eu esqueço.

Eu esqueço que sou de carne, osso, sonhos, lágrimas e sorrisos

Eu me reduzo a esquemas, livros, resumos e bisturis

Eu esqueço quem sou, de onde vim, esqueço até o porquê

O porquê de tantos esquemas, livros, resumos e bisturis

Mas sempre há aquela gargalhada, aquele brilho de lágrima

Sempre há uma voz doce, ou mesmo uma voz grave

Há um grito, um choro, há também os inícios e os finais

(Também conhecidos pelos apelidos que lhes são dados, nascimento e morte)

E são esses brilhos de lágrimas, essas vozes doces e graves, esses inícios e finais

São eles que me mostram quem eu sou, de onde vim e me mostram o porquê

Sensibilidade, acho que é essa a palavra

Ou talvez Empatia, solidariedade, carinho, compaixão, amor

São tantas as palavras que podem explicar o que é ser humano

Mas se são tantas palavras, se são tantos os sentimentos

Por que eu continuo esquecendo o que é ser humano?

Porque os esquemas, livros, resumos e bisturis me tiram pedaços cada vez maiores de humanidade?

Onde está minha empatia? Minha sensibilidade? Onde está minha IMAGINAÇÃO?

Onde está o meu eu humano?

Esquemas, livros, resumos, bisturis e nós de sutura

Esquemas, livros, resumos, bisturis e seminários

Esquemas, livros, resumos, bisturis e fichamentos

Esquemas, livros, resumos, bisturis e casos clínicos

Esquemas, livros, resumos, bisturis e jalecos bem branquinhos

Esquemas, livros, resumos, bisturis e estetoscópios

Esquemas, livros, resumos, bisturis e salas de cirurgia

Esquemas, livros, resumos, bisturis e hospitais

Desculpem, mas será que alguém poderia refrescar a minha memória, por favor, o que é mesmo ser humano?"

*Estudante da primeira turma **Comunicação em Saúde**, 8º período de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), 2015.1

À minha mãe, por tudo... Pela sua participação crucial neste trabalho, assim como é na minha vida.

Ao meu esposo Francisco e aos nossos filhos Lorena, Luís Eduardo e Lucas, que habitou meu útero por 2 meses (*in memoriam*). Dedico a vocês as gotas do conhecimento aqui produzidas e lançadas ao vento entre os dedos, no terreno do amor ao próximo, numa época de estiagem.

À menina Larissa (*in memoriam*) e à mamãe Deinha, minha amiga; por nos ensinar que as coisas que realmente importam são as feitas de verdade e alegria. Citando Richard Bach, “na jornada maravilhosa para entender as coisas que são [...] voe livre e feliz além e através do sempre [...] no meio da única comemoração que não pode jamais terminar”.

À minha (e)terna Professora de Ciências, tia Else Valença e família, pela ternura e exemplo de superação. Obrigada pelos dons na sala de aula e por ser “presente” de Deus em nossas vidas.

Às crianças que morrem durante a passagem no hospital, em especial à minha afilhada Maria Alice (*in memoriam*), batizada na UTI. Na ocasião do óbito, meus filhos e eu colhemos flores e levamos até o seu sepultamento no sertão baiano.

Aos pais enlutados, ofereço na pessoa de Dona Lourdinha, minha sogra, e sua filha Lu (*in memoriam*); pela fé no coração e coragem nos passos, apesar da saudade.

Às famílias, aos profissionais, aos professores, aos estudantes e residentes da área de saúde, pela vida dedicada ao cuidado das pessoas, relevando qualquer sacrifício.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo amor que circula.

Agradeço aos meus pais Severina e Paulo (*in memoriam*) por terem me dado a vida. Em especial, agradeço à minha mãe, por vencer barreiras para dar à luz, permitindo assim minha vi(n)da neste mundo. Obrigada pelo referencial prático como pessoa humana que “é”.

Agradeço ao meu esposo Francisco e aos nossos filhos, Lorena e Luís Eduardo, pela vida que me dão. Obrigada por me ensinarem a complexa lição de compreender pessoas pelos olhos do amor, imprimindo direção, sentido e intensidade à minha vida. É este afã de compreensão que impulsiona a pesquisa.

Agradeço à Dona Lourdinha- minha sogra- e aos meus familiares e amigos pelas orações, motivação e crença na realização deste trabalho.

Agradeço à colega Angélica Guimarães que ao me incentivar para fazer o Mestrado em Educação para o Ensino em Saúde, da FPS, influenciou os passos iniciais desta trajetória.

Agradeço aos colegas do Mestrado pelos momentos inesquecíveis de alegria; assim como pelos momentos em que compartilhamos as agonias, principalmente na reta final, quantas! Mas como já prevíamos, com nosso apoio mútuo e união, deu tudo certo.

Agradeço à minha orientadora Profa. Patrícia Bezerra por clarear o percurso da pesquisa e motivar o ensino da compaixão na saúde. Obrigada por trazer meu espírito filosófico, por muitas vezes, de volta à terra, para ter foco, pensar, criar e agir.

Agradeço ao meu co-orientador Prof. Josimário Silva pelo referencial na Bioética, que norteou o tema sobre o respeito às pessoas em estado de fragilidade. Obrigada por estimular o meu desenvolvimento docente, dividindo espaços e palcos na sala de aula e nos simpósios.

Agradeço à equipe de professores e colaboradores do Mestrado da FPS, que fortaleceram algumas das inúmeras fragilidades do meu “eu” profundo, proporcionando transformações internas que somente a educação pode causar. Obrigada por limpar as lentes que enxergo o mundo.

Agradeço à Profa. Suely Grosseman da UFSC e ao Prof. Dennis Novack da Drexel University pelo exemplo no ensino da comunicação, que inspirou o tema desta pesquisa. Obrigada por disponibilizarem material científico e autorizarem o uso da ferramenta didático pedagógica Doc.Com, contribuindo para a implementação da disciplina Comunicação em Saúde no curso Médico da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf).

Agradeço ao Prof. Ludovic Aubin, ao Prof. Sérgio Zaidhaft, à Profa. Heloísa Grossman, à Profa. Patrícia Tempiski e à Profa. Sylvia Porto pelas importantes contribuições quanto ao tema da empatia, compaixão, narrativas, comunicação, más notícias, morte e formação médica.

Agradeço ao Prof. Afonso Henrique, ao Prof. Francisco Gomes de Matos, ao Prof. Bemmerval Gomes, à Profa. Irani Nunes e ao Prof. Matteo Nigro que foram, em diferentes

momentos da pesquisa, verdadeiras enzimas catalizadoras do processo de realização. Obrigada por tornarem possível a concretização deste trabalho.

Agradeço aos gestores e à equipe médica do Hospital Dom Malan pela solidariedade nas trocas de plantão. Obrigada por essa ação conjunta, que possibilitou uma plantonista do sábado fazer mestrado no final de semana a cada 15 dias, durante quase 2 anos de aulas presenciais. Guardo a escala das trocas dos plantões plastificada, com o nome de cada plantonista colaborador registrado, em agradecimento a todos vocês.

Agradeço aos gestores e à toda equipe do INSS pelo apoio no Mestrado, que ao permitir horários de troca e compensação, tornaram possível realizar as atividades estudantis. Obrigada ao Centro de Formação e Aperfeiçoamento do INSS (CFAI) pelo treinamento como multiplicadora do conceito sobre Pessoa com Deficiência (PCD), que aprimorou a transição do olhar biomédico para o biopsicossocial, um dos referenciais desta pesquisa.

Agradeço aos entrevistados pela contribuição com o excelente nível dos discursos e pela transparência nas respostas. Obrigada pela riqueza de informações nas falas de cada um. Meu profundo respeito pelas opiniões e histórias de vida narradas.

Agradeço ao Prof. Itamar Santos, coordenador do internato, que percebendo meu interesse em aplicar o curso Doc.Com entre os estudantes de medicina do hospital, fez o excelente convite para criar e ministrara disciplina Comunicação em Saúde na Univasf.

Agradeço aos estudantes da primeira turma de Comunicação em Saúde do curso Médico da Univasf, por me conduzirem à prática docente de ensinar e aprender mutuamente. Obrigada pela sensibilidade de vocês que me leva a ter fé na vida e nas pessoas, cada vez mais.

Agradeço aos amigos e companheiros que nessa trajetória colaboraram direta ou indiretamente para tornar este ideal possível.

“Há quem diga que é irrealista, idealista, que não pode acontecer. Mas eu digo que quem é irrealista são os que querem continuar pelo velho caminho. Isso é que é sonhar. Lembre-se que a velha forma não aconteceu por acaso. Não é como a gravidade que precisamos conviver. As pessoas a criaram e nós também somos pessoas. Por isso vamos criar algo novo.”

(Annie Leonard)

IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Mestranda:

Fernanda Patrícia Soares Sampaio Novaes

Médica Pediatra do Estado de Pernambuco. UTI-Pediátrica do Hospital Dom Malan

Médica Perita Federal da Reabilitação Profissional do INSS

fernandapediatra@hotmail.com

fernada.novaes@inss.gov.br

Orientadora:

Prof^a. Dra. Patrícia Gomes de Matos Bezerra

Médica Pediatra do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde

patricia.bezerra@fps.edu.br

Co-orientador:

Prof^o Dr. Josimário João da Silva

Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco

Pós doutorando em Bioética

josimario.bioetica@gmail.com

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) do curso de graduação em Medicina apontam para a valorização das habilidades de comunicação na formação dos médicos tanto na construção da relação médico-paciente, quanto na comunicação de más notícias, a exemplo do óbito infantil. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos pediatras da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e dos residentes de pediatria do hospital escola sobre a formação acadêmica do médico na habilidade social de comunicar o óbito infantil. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, desenvolvida na UTI pediátrica de um hospital escola no nordeste do Brasil, aplicando entrevistas aos preceptores (Pediatras) e residentes de Pediatria (médicos em especialização). As questões foram centradas na percepção dos entrevistados sobre: ensino/aprendizado das habilidades comunicacionais em más notícias, referências na formação médica, atitudes diante do óbito infantil, protocolos, estratégias e métodos, transmissão do comportamento preceptor/residente/estudantes. **Resultados:** Existe uma lacuna na formação médica quanto ao ensino das competências afetivo-comportamentais a exemplo das habilidades comunicacionais. A comunicação de más notícias é um procedimento frequente e exige conhecimento sobre habilidades psicossociais. Falta apoio psico-afetivo aos residentes, médicos e familiares. As atitudes citadas quanto à comunicação verbal, não verbal e acolhida aos familiares foram: informação abrupta versus gradual. Os comportamentos encontrados foram empático/sensível versus frio/seco e o emocionalmente abalado versus equilibrado. A clareza de informações e o apoio emocional aos familiares foram encontrados no comportamento empático e emocionalmente equilibrado. O frio/seco foi predominante nos preceptores. Já o emocionalmente abalado nos residentes. Os fatores influenciadores na formação destas atitudes foram: imitação dos preceptores, falta de treinamento, pressão, sobrecarga de trabalho, desconhecer a responsabilidade psicossocial do médico, blindagem emocional, bases familiares, espiritualidade e síndrome de *Burnout*. Alguns defenderam o comportamento distante das emoções e outros uma atitude mais próxima ao paciente. A maioria dos médicos, no entanto, relatou desconhecer métodos para ensinar e comunicar más notícias, para tomada de decisões e gestão de conflitos. O exemplo dos preceptores e a vivência diária foram as principais fontes de conhecimento referidas. **Conclusão:** A formação médica precisa avançar no ensino-aprendizado das competências afetivo-comportamentais. Existe uma lacuna na graduação e pós-graduação quanto ao ensino da comunicação do óbito, tanto para informar, quanto para lidar com o próprio sofrimento e

dos familiares. Esta fragilidade pode ser superada com metodologia de ensino específica, avaliação das habilidades comunicacionais e *feedback* adequado, fornecido por profissionais capacitados, a exemplo de algumas escolas médicas do país. Constatou-se que para comunicar o óbito infantil é necessário um médico empático/sensível e equilibrado emocionalmente, competente nas áreas de comunicação, tomada de decisões, gestão de conflitos, empatia e compaixão. O modelo pedagógico biomédico com forte influência da Medicina pós guerra contribuiu para o currículo oculto, que projeta um perfil médico distante do paciente, pouco acolhedor diante do sofrimento dos familiares. Existe dissonância teórico-prática entre as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina e a prática ensinada no currículo oculto das escolas. Esta transição do comportamento biomédico para o biopsicossocial é acelerada com o ensino das habilidades sociais, comunicação, tomada de decisões, gestão de conflitos.

Palavras-chave: Educação médica. Morte. Comunicação. Pediatria.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Curriculum Guidelines for undergraduate education in Medicine stresses the importance of communication skills in medical preparation. **Objective:** To document the perception of pediatricians at Intensive Care Unit and of Pediatrics residents at the Hospital School on the academic preparation of physicians in the social ability of reporting child death. **Method:** A qualitative research conducted at the pediatric Intensive Care Unit of a Hospital School in the northeast of Brazil, by interviewing preceptors (pediatricians) and Pediatrics Residents (physicians undergoing specialization). The questions were focused on interviewees' perceptions on: teaching/learning of communication skills in reporting bad news, in references in medical preparation, attitudes to child death, protocols, strategies and methods, behavior transmission tutor/resident/students. **Results:** There is a conspicuous gap in undergraduate and graduate programs concerning attitudinal preparation to communicate bad news and lack of psycho-affective support to physicians and family members. Attitudes to verbal and nonverbal communication and to welcoming persons in the family: reporting the news abruptly, gradual breaking of the news, empathic/sensible behavior, emotionally shaken or balanced behavior, and cold/indifferent behavior. Communicative clarity and emotional support to the patient's family members is found in empathic behavior and in emotionally balanced behavior. The cold/indifferent behavior stood out among preceptors, but emotionally shaken behavior was prominent among residents. Factors influencing attitude formation: imitation of preceptors, lack of preparation, haste, work overload, unawareness of physician's psychosocial responsibility, emotional resistance, family background, spirituality and Burnout syndrome. Some respondents showed an emotionally distant behavior, whereas other interviewees showed closer attention to the patient. Most physicians, however, reported not knowing methods for teaching and communicating bad news, in decision-making and conflict resolution. The example of preceptors and their daily experience were the most frequently reported sources of knowledge. **Conclusion:** Medical preparation must make progress in the teaching-learning of affective behavioral competencies, since there is a gap at both undergraduate and graduate on the teaching of how to report child death, both for information purposes and for coping with family suffering. Therefore, medical preparation of students and mentors must advance in the teaching learning of socio-affective behavioral competencies. Such weakness can be overcome with the application of a specific teaching methodology, provided by qualified

professionals, as is being done in some medical schools in Brazil. To communicate child death calls for an empathic/sensible physician who is emotionally balanced, communicatively competent in areas of communication, decision-making, conflict resolution, empathy and compassion. The biomedical pedagogical model, strongly influenced by postwar Medicine, contributed to the hidden curriculum which shows a physician profile as being far from the patient, with little warmth toward the suffering of the child's family members. There is a theoretical-practical dissonance between the guidelines for Medical Education and the praxis experienced in the hidden curriculum of schools. Such transition from biomedical behavior to bio-psychosocial behavior is enhanced with the teaching of social skills, communication, decision-making, and conflict resolution. However in this context, yet exist successful practices on teaching, assessment, and feedback of communication skills in medical schools in Brazil and the world.

Key words: Medical education. Death. Communication. Pediatrics.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CES/CNE	- Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CINAEM	- Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
COBEM	- Congresso Brasileiro de Educação Médica
CONEM	- Congresso Nordestino de Educação Médica
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
DOC.COM	- <i>Doctor Communication</i>
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
FAMEMA	- Faculdade de Medicina de Marília
FPS	- Faculdade Pernambucana de Saúde
HDM	- Hospital Dom Malan
IES	- Instituição de Ensino Superior
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
PBI	- <i>Problem based interview</i>
PBL	- <i>Problem based learning</i>
R1	- Residente que esteja entre o 1º e o 12º mês de residência
R2	- Residente que esteja entre 13º e 24º mês de residência
RBEM	- Revista Brasileira de Educação Médica
RECOMS	- Rede de Ensino da Comunicação na Formação de Profissionais da Área de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THC	- Teste de Habilidades e Competências
UEL	- Universidade Estadual de Londrina
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UNESP	- Universidade Estadual de São Paulo
UNIVASF	- Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPE	- Universidade de Pernambuco
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	16
1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	Geral.....	27
2.2	Específicos.....	27
3	MÉTODOS	28
3.1	Desenho do Estudo.....	28
3.2	Local e população de estudo.....	28
3.3	Tamanho da amostra.....	28
3.4	Período de coleta de dados.....	28
3.5	Critérios de elegibilidade.....	29
3.5.1	Critérios de inclusão.....	29
3.5.2	Critérios de exclusão.....	29
3.6	Critérios para descontinuação do estudo.....	29
3.7	Fluxograma de captação dos participantes e coleta de dados.....	29
3.8	Processamento e análise dos dados.....	30
3.9	Aspectos éticos.....	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1	Resumo.....	34
4.2	Abstract.....	34
4.3	Introdução.....	35
4.4	Percurso Metodológico.....	39
4.5	Resultados e Discussão.....	40
4.5.1	Tema 1: Formação médica na comunicação do óbito infantil.....	41
4.5.2	Tema 2: Atitudes profissionais na comunicação do óbito infantil.....	51

4.5.3	Tema 3: Estratégias para desenvolver a expertise e o ensino da comunicação do óbito infantil.....	54
4.6	Conclusão.....	60
4.7	Referências.....	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	64
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICES.....	69
	Apêndice A – Instrumento de coleta	69
	Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	70
	Apêndice C- Entrevista analisada com núcleos de sentido	72
	ANEXOS.....	73
	Anexo A - Carta de anuência modelo FPS.....	73
	Anexo B - Carta de anuência modelo IMIP/HDM.....	74
	Anexo C - Parecer consubstanciado do CEP/FPS.....	75
	Anexo D - Instruções da revista RBEM.....	77
	Anexo E – Carta à menina Larissa.....	83

APRESENTAÇÃO

A formação médica sofreu profundas transformações ao longo da história da humanidade. Conhecer os diversos aspectos que influenciaram na formação médica contribui para o entendimento do perfil médico atual, suas fortalezas e fragilidades. Ajuda também a esclarecer as correlações entre o complexo formador médico e o modelo de atenção em saúde vigente.

Após uma breve contextualização histórica, o presente estudo disserta sobre a formação médica quanto às habilidades sociais e afetivas, negligenciadas no processo de formação no último século, por vários motivos e alguns deles serão apontados. A formação comportamental é estudada com enfoque nas habilidades de comunicação verbal e não verbal, tanto para dar más notícias, quanto para acolher os pacientes na intenção terapêutica de amenizar o sofrimento.

Os referenciais teóricos têm como base a Bioética Narrativa, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, protocolo SPIKES para transmissão de más notícias e ferramentas didático-pedagógicas para o ensino da comunicação médica, a exemplo do curso on-line americano Doctor Communication (Doc.Com) desenvolvido pela Drexel University e do curso presencial espanhol da Fundación de Ciencias de la Salud.

O tema é aprofundado na perspectiva da formação médica para o ensino das habilidades atitudinais, a exemplo da comunicação, tomada de decisões e gestão de conflitos na relação médico-paciente-família. Segue a exposição de artigos científicos refletindo o estado da arte no que se refere ao ensino da comunicação na graduação e pós-graduação em saúde e quanto ao que fazer para promover boas práticas neste sentido.

Com este intuito, a percepção de um grupo de Pediatras sobre a formação médica em notícia do óbito, vem somar e servir de gatilho para esta discussão. Usa-se a triangulação dos pontos de vista dos preceptores, dos residentes e da literatura científica sobre o assunto, em um ato de ação-reflexão-síntese, pelo olhar da pesquisa qualitativa.

Os resultados são apresentados na forma de um artigo científico. Nas considerações finais a pesquisadora sugere ações no intuito de aperfeiçoar o ensino médico das habilidades comunicacionais. Também relata sobre sua intervenção na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), criando a disciplina Comunicação em Saúde, optativa no curso médico e eletiva na área de saúde, iniciada em 2015.1, decorrente da influência transformadora desta pesquisa de Mestrado.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do último século, a educação médica tem dado maior ênfase ao ensino cognitivo e procedural focado nas doenças, em detrimento do ensino de atitudes, afetividade e comportamentos que cuidem da pessoa como um todo.¹

As raízes históricas da formação médica ocidental nos remetem para um tempo, antes de qualquer iniciativa sistemática e organizada, quando a medicina popular transmitida por contato, evoluiu para a arte do mister hipocrático, transmitido do mestre ao aprendiz, nas escolas médicas greco-romanas. Ainda hoje, o juramento de Hipócrates, o pai da Medicina, que viveu na Grécia antiga, enfatiza a dimensão do ensino dessa arte e é ritualmente repetido nas cerimônias de conclusão do curso médico. Este juramento norteia e imprime valor à relação de respeito entre o médico e o aprendiz no processo de ensino-aprendizado da profissão. Usando os termos “mestre” e “discípulo”, faz referência à relação no meio médico entre professor-estudante, preceptor-residente, orientador-orientando.²

Assim como a ciência, a formação médica atravessou um longo período sem grandes avanços, quando voltou a se desenvolver no Renascimento, Iluminismo, revolução industrial, revolução tecnológica do período pós-guerra e nos dias atuais fortemente influenciada pela era da informática.³

A história da Medicina tem apontado para os Hospitais como palco dos maiores avanços no campo médico, inicialmente criados como integrantes da assistência religiosa, funcionava como templo de caridade.¹ Pesquisa sobre a origem cristã dos serviços relacionada simplicidade do “Bom Samaritano” à complexidades dos serviços de saúde hoje. Para os primeiros cristãos a caridade é vista como vocação individual, um chamado pessoal que vem da alma.^{4,5} Baseados na caridade, doentes se aglomeraram nas igrejas, que passaram a se chamar Santa Casa de Misericórdia, dando origem ao Hospital.

O modelo de cuidado centrado no hospital é a forma de atenção preponderante hoje e acolhe a doença, o nascer, o morrer e o ensino médico. Passou a ser condição para abertura de novas escolas médicas o requisito de ter ligação com um hospital de referência para o cenário de prática, principalmente durante o internato.

Os programas de residência médica, centrados quase que exclusivamente na prática hospitalar e com uma característica básica de treinamento em serviço

[...] proporcionam, além da sedimentação do conhecimento cognitivo, o desenvolvimento das habilidades técnicas e principalmente o aprendizado de atitudes que regem a conduta médica, envolvendo aspectos afetivos e sociais.¹

Analisando, também, a trajetória do sistema de saúde e da formação médica no Brasil, o que havia era o predomínio da medicina popular de origem africana e indígena, transmitida diretamente do mestre ao aprendiz. “Os poucos médicos presentes no Brasil eram formados na Europa e atendiam, preponderantemente, necessidades militares e da elite luso-brasileira.”¹A primeira Escola Médica iniciou em 1808, com Dom João VI, quando o médico pernambucano José Correia Picanço obteve autorização para a criação do Curso Cirúrgico-Médico, na Bahia. Em seguida, foi criada a Escola de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro. Em 1832, essas instituições foram transformadas em faculdades de Medicina, adotando programas da Escola Médica de Paris.⁶ Foram criadas sob a inspiração da escola francesa, cuja influência permeava o ensino e a arquitetura das escolas, a exemplo das instalações do Hospital Dom Pedro II em Recife, inaugurado em 1861, o qual recebe atualmente estudantes da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE) e da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).⁷ Esta influência francesa na educação perdurou até o final da Segunda Grande Guerra, quando passou a prevalecer o modelo pedagógico norte-americano.⁶

Em dezembro de 1908, em um estudo intitulado Relatório *Flexner*, 155 escolas médicas dos Estados Unidos (EUA) e do Canadá foram avaliadas. Dessas escolas, apenas 31 foram consideradas em condições de continuar funcionando. Reduziram e desvalorizaram escolas médicas homeopáticas, o fisiomedicalismo, a medicina chinesa, os saberes populares e as escolas médicas para negros. Se por um lado positivo houve uma organização e regulamentação das escolas médicas, por outro lado, negativo, desencadeou um declínio de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto.⁸

No modelo anátomo-clínico francês, preponderante no mundo a partir de 1830, os estudantes aprendiam ao lado do leito do paciente e faziam pesquisas clínicas⁶. Já no modelo alemão que influenciou o norte americano e se espalhou pelo mundo com o nome de modelo biomédico, o estudante faz pesquisa experimental no laboratório nos primeiros anos do curso, distanciando o médico do paciente. As críticas ao setor da

saúde, a partir da década de 1960 em todo o mundo, evidenciaram o descompromisso com a realidade social e com as necessidades da população.⁸

A Medicina acelerou a aquisição do conhecimento devido aos experimentos hostis em seres humanos, sem parâmetros éticos nas guerras mundiais. Em resposta a esse padrão de comportamento, foram criados os comitês de ética em pesquisa para proteger os seres humanos dos danos causados por pesquisas científicas. A Bioética, em contra partida, também apresentou grandes avanços para o enfrentamento da crescente demanda ética na resolução de diversos pontos críticos da sociedade em mudanças.⁹

A medicina, ciência e arte, é uma tarefa a serviço dos seres humanos que, por isso, não pode negar a dimensão comunicativa. Seu compromisso exige atitudes e valores que a Bioética expressa de modo inigualável. É nessa perspectiva que a Bioética Narrativa nos leva a refletir sobre os assuntos humanos mais profundos de forma mais imaginativa, mais possibilitante e propositiva. (...) “phrónesis”, que é sabedoria prática e “poiesis”, que é atividade poética, andam de mãos dadas e que só pode decidir bem quem antes pode pensar e sentir de outra maneira. Decidir supõe levar em conta a pluralidade de perspectivas, a pluralidade do outro, e sentir a experiência dura de que podemos não ter razão. É fazer a intrépida viagem de se colocar no lugar do outro.¹⁰

O currículo oculto é representado pelo conjunto de valores e comportamentos transmitidos no exemplo dos professores e preceptores para os estudantes, nos diversos cenários de ensino aprendizagem.¹¹ Em um hospital escola, estudantes aprendem sobre atitudes e comportamentos pelo exemplo dos médicos assistentes, também chamados preceptores. É quando o currículo oculto acontece com intensidade. Por isso é importante que o corpo clínico do Hospital Escola receba educação permanente em comunicação de notícias difíceis, visto que o comportamento dos preceptores influencia na formação médica, produzindo os chamados clones profissionais.

“O médico se transformou em herói na luta contra a morte após a primeira guerra mundial. Deu provas à sociedade da sua competência em prevenir e curar as doenças.”¹² O sucesso da Medicina neste período, deu mais credibilidade ao modelo pedagógico biomédico, que se espalhou pelas escolas de Medicina das Américas⁸. Um modelo de ensino fortemente centrado na doença, negligenciando outros aspectos da pessoa humana.

A reintegração da dimensão psicossocial às práticas de saúde visando à construção de um modelo biopsicossocial, em contraponto ao modelo biomédico que se cristalizou nos últimos séculos na sociedade ocidental, vem ganhando espaço nas instituições de saúde.¹³

Iniciativas internacionais como o FAIMER com sede nos EUA e ramificações em várias partes do mundo inclusive no Ceará- Brasil¹⁴ e a *Fundación de Ciencias de la Salud*¹⁵ na Espanha, e o curso on-line *Doctor Communication*¹⁶, da *Drexel University* – USA, abrem perspectivas melhores quanto a qualidade do ensino e da pesquisa em formação médica e das habilidades comunicacionais.

No Brasil, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), fundada em 1962, sempre questiona e propõem modificações no complexo formador dos médicos.⁸ Em 1988, a aprovação da Constituição Cidadã, passou a reconhecer a saúde como um direito social. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi iniciada a descentralização do cuidado em saúde, que transitou do hospital para a comunidade com a Estratégia Saúde da Família.¹⁷ Este foi um grande passo na transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial.

A reforma curricular do ensino médico, discutida há mais de 40 anos, em diferentes fóruns, procurou contemplar a nova mentalidade de se pensar e fazer saúde, defendida pela reforma sanitária, legitimada pelos movimentos sociais e praticada no âmbito do SUS, ainda que apresentando limitações de ordem econômica e de recursos humanos.

Em 2000 o relatório da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) é publicado, com representação docente, discente através dos diretórios acadêmicos e representantes da sociedade organizada. Essa comissão avaliou as escolas médicas brasileiras entre 1991 e 1997, apontou para deficiências no ensino médico e para necessidade de reformular o modelo pedagógico. Esta avaliação somada a outras, como o Provão aplicado aos estudantes do último ano de Medicina, fundamentaram a Resolução da Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº4/01, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina.¹

Sua implantação a partir de 2001 foi o resultado de uma construção coletiva, permitindo uma articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde, dando ênfase além do ensino das doenças, diagnóstico e tratamento, mas também considerando os aspectos sociais.

As diretrizes propiciaram a ruptura do modelo tradicional de formação médica. O perfil do médico definido nas diretrizes é de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência,

com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.¹⁸

As DCN definem as competências gerais do médico: atenção à saúde, que envolve pensar criticamente, analisar problemas, procurar soluções; tomar decisões, que engloba habilidades de avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas; comunicação verbal e não verbal; liderança, demonstrada pela aptidão para assumir cargos com compromisso e empatia, de forma eficaz e efetiva; administração e gerenciamento e educação permanente.¹⁸

Essas aptidões dependem do desenvolvimento de uma série de habilidades sociais, que envolvem comportamentos existentes no repertório do próprio indivíduo, compondo um desempenho socialmente competente. São exemplos de habilidades sociais: habilidades de comunicação, assertividade, expressão de sentimento positivo, controle da agressividade, assertivas de direito e cidadania, empatia, tomada de decisões, pontualidade, civilidade. Estudos recentes, no entanto, mostram que a vivência do curso de Medicina nem sempre privilegia o desenvolvimento das competências gerais das DCN e das habilidades sociais requeridas por elas.¹⁹

Outro ponto desafiador do ensino médico tem sido romper conceitos cartesianos e da pós-industrialização que compartimentalizam o conhecimento e mecanizaram o ensino.²⁰ O modelo tradicional vem sendo apontado como reducionista, sem espaço para a integralidade das várias dimensões da pessoa humana.¹ Segundo a teoria bioecológica de Bronfenbrenner os fatores genéticos, ambientais e pessoais influenciam no desenvolvimento humano. Seus escritos faziam uma séria crítica ao modo tradicional de se estudar o desenvolvimento humano, referindo-se entre outras coisas, à grande quantidade de pesquisas concluídas sobre desenvolvimento “fora do contexto”.²¹

O sistema de ensino-aprendizagem tradicional coloca o professor no centro do conhecimento e por vezes desvaloriza o conhecimento prévio dos estudantes e limita sua imaginação e capacidade de produção de novos conhecimentos.²⁰

Em contrapartida muitas escolas médicas já sentem influências do modelo construtivista, que adota metodologias ativas de ensino aprendizagem a exemplo da problematização e da aprendizagem baseada em problemas.²²

Inspirados em exemplos de experiências de mais de 30 anos, realizadas no Canadá (em MacMaster) e na Holanda (em Maastricht) principalmente, e também por recomendação das Sociedades das Escolas Médicas para países da África, Ásia e América Latina, várias escolas de Medicina no Brasil vêm buscando adotar a Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem Based Learning-PBL) em seus currículos. Tanto a problematização como a ABP levam a rupturas com a forma tradicional de ensinar e aprender, estimulando

gestão participativa dos protagonistas da experiência e reorganização da relação teoria/prática (Berbell).²³

A proposta curricular do PBL vem sendo adotada nas escolas de medicina a exemplo da UNESP-Botucatu, da FAMEMA-Marília, da UEL-Londrina e da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)-Recife, com o objetivo de contemplar as DCN quanto a formação de médicos críticos, reflexivos, imaginativos e cognitivamente sofisticados.

Esta forma de ensino-aprendizagem que busca ação-reflexão-ação transformadora é denominada de problematizadora ou libertadora e parte do pressuposto de que, em um mundo de mudanças rápidas e profundas, o importante é a capacidade das pessoas/grupos detectarem os problemas reais e buscarem soluções originais e criativas.²⁴

Mudanças curriculares também têm ocorrido na tentativa de qualificar o encontro médico-paciente, antecipando o estágio do estudante na comunidade para os primeiros anos do curso, possibilitando um contato mais precoce com o paciente, com a realidade social e com as habilidades de comunicação.¹

O grande desafio da formação médica tem sido fazer das necessidades das pessoas, o eixo formador da identidade profissional dos médicos.²⁵ Estratégias de ensino aprendizagem neste sentido envolvem desde currículo em espiral, até metodologias ativas de ensino e práticas pedagógicas artísticas como dramatização e cinema, que visam desenvolver habilidades médicas, não apenas cognitivas e procedurais, mas também comportamentais, pautadas no cuidado e no respeito ao outro.²⁶ A formação médica demanda muito mais do que normas e teorias. O médico leva algo de si mesmo para as outras pessoas.²⁷ É o que acontece rotineiramente na comunicação estabelecida durante o ato de cuidar.

Competências atitudinais como a convivência, a pontualidade, o compromisso ético e social, a relação médico/paciente, médico/famíliares, médico/médico, médico/equipe multiprofissional, a escuta qualificada e a comunicação de notícias ruins, constituem diferenciais da boa prática profissional em saúde.²⁸

Um estudo realizado em oito escolas médicas holandesas revelou que os estudantes perceberam que não haviam recebido o apoio que precisavam para a transmissão de notícias ruins. E por causa dessa pesquisa muitos estudantes de Medicina tomaram consciência da sua falta de competência na habilidade de dar más notícias ²⁹.

Outro estudo sobre comunicação de más notícias em Pediatria, com o objetivo de oferecer uma revisão sobre o assunto, observou-se que comunicar más notícias é uma

tarefa difícil para os médicos, associada a desconforto, angústia e estresse. Há um consenso sobre a necessidade de treinamento nessa área. Também se descreve que pacientes e familiares estão insatisfeitos com a forma como a notícia é comunicada.³⁰ Há poucos trabalhos na literatura abordando a comunicação do óbito em Pediatria. Comumente os estudos tratam sobre a morte em idosos e/ou em pacientes oncológicos.³¹

O protocolo SPIKES, em 1992, abriu um caminho promissor na formação médica para transmissão de notícias difíceis, contribuindo para melhorar a relação médico/ paciente/familiares. Este protocolo consta de 6 (seis) passos para nortear a comunicação da notícia ruim: *Setting* - Postura do profissional; *Perception* - Percepção do paciente; *Invitation* - Troca de informação; *Knowledge* – Conhecimento; *Explore emotions* - Explorar e enfatizar as emoções; *Strategy and summary* - Estratégias e síntese.³²

Movimentos para sistematizar o ensino da Comunicação em Saúde já acontecem em diversas partes do mundo, porém a maioria dos programas de graduação e pós-graduação ainda não costuma oferecer formação específica.³⁰ Existe uma mobilização no Brasil para sistematizar nacionalmente o ensino desta habilidade nos cursos da saúde. A criação de uma Rede de Ensino da Comunicação na Formação de Profissionais da Área de Saúde (RECOMS) foi iniciada no 50º Congresso Brasileiro (COBEM) São Paulo-2012 e aprofundada na oficina “Teoria e Prática do Ensino-Aprendizagem de Competências Básicas e Avançadas em Habilidades de Comunicação na área da Saúde”, realizada no 51º COBEM- Recife em outubro de 2013. Essa oficina representou o estímulo para abordagem do tema desenvolvido nesta pesquisa.

Dando continuidade às ações da RECOMS, em abril de 2014, ocorreu o 1º Fórum de discussão de habilidades de comunicação necessárias para os cursos de graduação em Medicina, no 6º Congresso Nordestino de Educação Médica (CONEM) Salvador-BA. Em seguimento à essa discussão aconteceu a Oficina de Habilidades de Comunicação, em maio de 2014, em Fortaleza-CE, consolidando os primeiros passos na construção de uma proposta curricular. Na ocasião houve exposição da experiência de algumas escolas com relação ao ensino da comunicação médica, dentre elas o compartilhamento da experiência do laboratório de comunicação e do mestrado em educação para formar profissionais de saúde, promovidos pela FPS. A UFSC apresentou

neste encontro sua experiência com o curso *on-line* americano *Doctor Communication* (Doc.Com).¹⁶

A ferramenta didático pedagógica, Doc.Com, é composta por vídeos e recursos audiovisuais. Foi desenvolvido na Drexel University-USA e foi disponibilizado para fins do ensino da comunicação médica aos docentes interessados e para pesquisa sobre seu impacto e adaptação cultural no Brasil. Sua disponibilização para o ensino e pesquisa possibilitou a criação da disciplina eletiva Comunicação em Saúde na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina-PE.

Em novembro de 2014, aconteceu em Recife-PE o 1º Simpósio de Comunicação em Medicina, seguido pelo Congresso de Humanidades do Conselho Federal de Medicina (CFM), enfatizaram temas sobre o valor da comunicação na relação médico-paciente, comunicação e espiritualidade, abordagem familiar diante da morte, má notícia em pediatria, comunicação e mediação de conflitos.

A revisão da literatura sugere que o ensino aprendido sobre comunicação em saúde seja realizada no currículo em espiral, ou seja, de forma longitudinal ao longo do curso e de forma transversal, contemplando as disciplinas do mesmo período. Que o assunto seja revisitado em graus crescentes de complexidade, com reflexão em ambientes seguros de laboratório, até chegar a prática clínica.³³

Exemplos como o da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), são pioneiros em relação ao ensino da comunicação em saúde, trabalhando práticas pedagógicas em ambiente de laboratório, simulando casos clínicos em ambiente que possibilite a prática e a discussão. O laboratório de comunicação é aplicado ao longo dos primeiros 4 semestres do curso e trabalha habilidades comunicacionais: na entrevista usando o método *Calgary/Cambridge*; na construção do relacionamento com o paciente através dos recursos comunicacionais da empatia, observação, escuta e análise crítica; possibilita a identificação das fragilidades do doente através da comunicação não-verbal; aborda a comunicação de Risco; cuidados Paliativos; utiliza o protocolo SPIKES para informar más notícias; descreve os estereótipos e as etapas que levam a intolerância e a não aceitação do outro no processo comunicacional; possibilita o treinamento de mídia e como lidar com a imprensa.³⁴

A metodologia de ensino do laboratório de comunicação da FPS envolve aprendizagem baseada em problemas, tutoria com pequenos grupos, exibição de audiovisual, debates, palestras e prática de entrevistas em laboratório, com gravação de

vídeo, *feedback* interativo, dramatização. Para aprendizagem dos elementos técnicos que enriqueçam a comunicação verbal e não-verbal, o estudante recebe o caso com antecedência, para ter oportunidade de ensaiar formas de atuação, que favoreçam a evolução das habilidades de comunicação. A avaliação é de caráter formativo e somativo, realizada através do Teste de Habilidades e Competências (THC) e da avaliação realizada pelo tutor durante o andamento do laboratório.³⁴

Dentro do extenso universo de notícias ruins, informar a morte requer habilidades de comunicação avançada. E uma das notícias mais complicadas é informar a morte da criança para os pais e familiares. Visto que a morte em crianças pressupõe interrupção precoce da vida, em relação ao que seria a morte natural na velhice³⁵. A comunicação de notícias ruins é uma habilidade médica que exige vários domínios por parte do profissional. O médico além de ser o porta voz de más notícias, tem o papel de dar apoio e acolhida aos entes envolvidos.²⁶ Se esta ação for mal conduzida pode provocar consequências desastrosas, que vão desde a vitimização de quem recebe a notícia, até a condenação judicial de quem informa e/ou presta o atendimento ao paciente.

Em um hospital escola, estudantes aprendem sobre atitudes e comportamentos pelo exemplo dos médicos assistentes, também chamados preceptores. É quando o currículo oculto acontece com intensidade. Por isso é importante que o corpo clínico do hospital escola receba educação permanente em comunicação de notícias difíceis, visto que o comportamento dos preceptores influencia na formação médica, produzindo verdadeiros clones profissionais.

Saber como o óbito da criança está sendo informado para a família serve de condição traçadora para compreender a formação médica nas habilidades atitudinais, tanto para comunicar notícias difíceis, quanto para acolher e aliviar o sofrimento dos familiares.²⁸

Esta pesquisa enfoca a formação médica em habilidades atitudinais, também chamadas afetivas, sociais ou comportamentais, a partir da percepção de um grupo de pediatras de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e médicos residentes, que são pediatras em formação.

Busca entender, através da percepção do grupo entrevistado, como tem ocorrido o treinamento médico e qual os estilos ensinados/aprendidos para comunicar más notícias. A importância do grupo escolhido não reside na quantidade de participantes,

mas na qualidade dos profissionais, considerando-se a alta frequência com a qual transmitem a notícia do óbito infantil, pois se trata de uma UTI pediátrica e neonatal. Como também reside no fato de estarem inseridos em um ambiente de ensino-aprendizagem, que é o hospital escola com programa de graduação e pós-graduação (residência médica).

Leva-se em consideração a relação de ensino preceptor/residente, assim como as consequências deste ensino-aprendizado na comunicação médico-paciente-famíliares. A formação médica inclui, além do treinamento em habilidades cognitivas e procedurais, habilidades atitudinais. Porque envolve além do desenvolvimento do “saber” e do “fazer”, o desenvolvimento do “ser”.¹

O comportamento do médico diante do óbito infantil, sua comunicação e seu apoio às famílias, revelam indícios da sua formação atitudinal. Nessa perspectiva alguns passos na direção das atitudes e vivências podem clarificar o processo de formação do “ser” médico. Até que ponto a comunicação fria e pouco afetiva, distante das emoções e do sofrimento das pessoas continua sendo difundida nas entrelinhas do currículo oculto de Medicina?

Dar voz aos sujeitos protagonistas das ações de ensinar, aprender, dar más notícias e cuidar das pessoas é um dos pontos fortes da pesquisa qualitativa.³⁶ Esse tipo de pesquisa permite reproduzir a percepção dos profissionais da UTI quanto às atitudes, vivências e valores frente ao óbito infantil, dando respostas às inquietações pesquisadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer a percepção dos Pediatras da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e dos residentes de Pediatria do hospital escola quanto a formação acadêmica, vivência e atitude dos médicos para comunicar o óbito infantil aos familiares.

2.2 Específicos

Descrever a percepção dos pediatras da UTI e dos residentes de Pediatria quanto à formação médica na graduação e pós-graduação para competências comunicacionais na situação especificado óbito infantil.

Analisar os aspectos do currículo oculto e da vivência profissional que influenciam na formação das atitudes dos entrevistados para informar a morte da criança e acolher a família enlutada.

Conhecer a percepção dos entrevistados sobre a importância do exemplo dos preceptores na transmissão das atitudes comunicacionais para os estudantes frente ao óbito em Pediatria

Analisar a percepção dos participantes quanto a necessidade dos protocolos de transmissão de más notícias, dos métodos de tomada de decisão e gestão de conflitos para o ensino/aprendizado da comunicação do óbito infantil aos familiares.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

Pesquisa qualitativa, utilizando entrevistas individuais, ou seja, conversação na qual se exercita a arte de formular perguntas e escutar respostas para se obter informação em profundidade sobre atitudes, valores e opiniões relativas ao problema de investigação.³³

Quanto ao grau de estruturação as entrevistas foram semi-estruturadas, norteadas por um roteiro pré-definido dos temas a serem explorados durante a entrevista, ficando livre e a critério da pesquisadora como e quando formular as perguntas.

3.2 Local e população de estudo

O estudo foi realizado em um hospital escola materno infantil do SUS, situado no sertão do nordeste do Brasil, que recebe estudantes de medicina de universidades federais e residentes de pediatria, entre outros médicos em formação, para treinamento nos cenários da prática hospitalar (ambulatório, emergência, sala de parto, enfermaria, UTI pediátrica e neonatal).

3.3 Tamanho da amostra

A amostra é composta por médicos da UTI pediátrica e neonatal e por residentes de pediatria no ano 2014.

3.4 Período de coleta de dados

Os dados foram coletados no mês de setembro de 2014, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FPS.

3.5 Critérios de elegibilidade

3.5.1 Critérios de inclusão

O grupo social alvo desta investigação é representado pelos pediatras da UTI e pelos médicos residentes da especialização em pediatria, envolvidos no cuidado direto às crianças e familiares atendidos neste hospital escola. Na busca de aprofundamento e abrangência da compreensão deste grupo social, bem como diversidade na sua formação, os profissionais foram incluídos com base nos seguintes critérios: pertencer ao quadro funcional do hospital (preceptores), ou ao quadro de residentes do programa de residência médica em pediatria do hospital-escola em questão, em 2014, e estar envolvido no cuidado às crianças graves da UTI (preceptores e residentes) ou residentes estagiando nos outros cenários de prática do hospital: emergência, enfermaria, ambulatório, berçário, sala de parto.

3.5.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos: profissionais de férias da UTI, ou residente cumprindo estágio da residência fora da região ou licença médica no período da pesquisa.

3.6 Critérios de descontinuidade da pesquisa

Situações de mal estar, constrangimento, descontrole emocional ou interrupção voluntária pelos participantes que justificasse a descontinuidade da pesquisa.

3.7 Fluxograma de captação dos participantes e coleta de dados

Os participantes foram convidados pessoalmente ou por telefone. Foi realizada a entrevista, gravada, individualmente, fora do horário do expediente de trabalho dos entrevistados, no hospital, garantido o sigilo das informações coletadas. Os participantes tiveram tempo livre para responder a cada questão e não foram interrompidos por parte da pesquisadora. As questões norteadoras direcionam para aprofundamento do tema: - Na sua opinião, o que é má notícia e como se sente para comunicá-la? - O que você acha sobre a formação do médico na graduação para a habilidade de comunicar notícias

ruins? - O que você acha sobre a formação do médico na pós-graduação para a habilidade de comunicar más notícias? - Como aconteceu seu processo de formação para comunicar notícias difíceis e como os preceptores durante seu processo de formação comunicam ou comunicavam o óbito infantil? - O que você acha da formação médica sobre comunicação da morte para os familiares? - Qual é a sua maneira de comunicar o óbito de uma criança para os pais e familiares? - Tem um plano ou estratégia em mente? - Como você geralmente age após a comunicação do óbito para a família? - O que você acha da formação médica para lidar com as emoções dos familiares? (por exemplo: choro, raiva, negação, etc.) - Qual a importância das estratégias e protocolos existentes para a comunicação da morte infantil aos familiares? - Na sua opinião, que ações poderiam contribuir para o ensino aprendido da habilidade da comunicação para informar a morte em Pediatria?

3.8 Processamento e análise dos dados

O estudo vale-se do pressuposto de que as representações dos pediatras (preceptores) e residentes de pediatria sobre o assunto são referência para o atendimento aos pais enlutados. As atitudes estão condicionadas pelo processo de educação médica e pela experiência no atendimento, sendo capazes de conferir uma maior visibilidade ao problema e permitir a implantação de estratégias mais amplas de apoio aos familiares em estado de sofrimento emocional.

A compreensão e a análise das percepções dos pediatras e residentes sobre a formação médica e vivência profissional frente à comunicação do óbito infantil, tiveram como referência a abordagem qualitativa, que se volta para os significados, atitudes, valores e a intencionalidade das ações nos contextos das estruturas sociais.³³ As respostas relatadas pelos participantes foram gravadas no momento de cada narrativa usando-se gravador do dispositivo móvel iPhone 5® (Apple Inc.), apoiado sobre a mesa ou livros, conferindo liberdade para as mãos.

As informações obtidas nas gravações foram escritas e organizadas, com o programa Word® na plataforma Windows Microsoft®. Posteriormente foram analisadas à luz do método de análise do conteúdo de Bardin.³⁶

Após as gravações das entrevistas, foi realizada a transcrição literal. As gravações foram ouvidas em número de vezes suficiente para que o conteúdo verbal, as

pausas, os silêncios, as entonações, tremores e outras alterações de voz fossem registrados da forma mais fidedigna possível. Terminada a transcrição foi realizada uma conferência de fidelidade visando corrigir todo material.

A análise do conteúdo foi composta por pré-análise (leitura flutuante), análise (exploração do material e reflexão) e tratamento dos dados (interpretação e síntese). Levou-se em consideração o universo de referências e aprendizagem dos participantes e as estruturas argumentativas que exprimem as questões, assim como a tipologia/estilo dos entrevistados conforme sua ação frente ao óbito infantil. Utilizou-se uma margem confortável no texto, à direita e à esquerda, permitindo registrar notas e sinais codificados.

Foram utilizadas canetas marca-texto coloridas e legenda de cores para identificar os núcleos de sentido. Os entrevistados foram identificados com códigos alfa numéricos e feito tratamento colorido de texto no computador para marcar os entrevistados e para destacar reflexões que surgiam em meio à análise dos resultados. A técnica comporta uma série de operações. A análise dos dados percorreu os seguintes passos:

- a) leitura inicial procurando ter uma compreensão global do material;
- b) identificação das unidades de significado que emergiram das falas dos entrevistados;
- c) comparação das diferentes unidades de significado nos dois grupos de entrevistados;
- d) descoberta de núcleos de sentido ou referências em torno dos quais giraram a construção das categorias temáticas e
- e) interpretação e discussão das proposições, categorias ou núcleos de sentido encontrados.

Nesse procedimento analítico, “núcleo de sentido” é visto como uma unidade de significação no conjunto de uma comunicação. Neste estudo, os núcleos de sentidos foram entendidos como ideias-eixo em torno das quais giram outras ideias. Mediante a análise temática, também se pode caminhar na direção da “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”. Procurando contemplar as similitudes, porém jamais descartando as singularidades. A análise, reflexão e síntese do conteúdo das entrevistas possibilitou a discussão sobre o assunto, confrontando com os dados da literatura científica.

A organização das narrativas teve como foco os elementos do discurso representados pelos personagens: médicos pediatras e residentes de pediatria; o espaço: hospital escola, focando na UTI pediátrica e neonatal; os eventos no tempo: graduação, pós-graduação e vida profissional, seguindo a cronologia dos eventos, a linha do tempo que envolve a formação médica.

Além disso, enfoque especial foi dado aos elementos da educação médica do ponto de vista do modelo pedagógico envolvendo currículo oculto, ensino, aprendizagem, transferência de conhecimento e estilos de aprendizagem relacionados às competências afetivo-comportamentais do médico.

3.9 Aspectos éticos

A ética da pesquisa envolvendo seres humanos é base da dignidade humana na condução de novos conhecimentos científicos. Ao desenvolver esse projeto, foram consideradas todas as possibilidades que poderiam influenciar na condução ética e com isso provocar alguma forma de risco direto ou indireto. Partindo do princípio que todas as pesquisas envolvem riscos, o instrumento elaborado para a obtenção das informações, foi desenvolvido de tal forma que a possibilidade de riscos se torna mínimo. Algum constrangimento pode surgir na hora de responder a entrevista, mas o entrevistado tem a liberdade de não participar da pesquisa. Não houve nenhuma dessas ocorrências e nenhum tipo de sanção ou penalidade para o participante. De acordo com o Art.II.22 - risco da pesquisa –existe possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Os dados obtidos sob sigilo, não irão expor em nenhum momento os profissionais envolvidos e as perguntas e respostas elaboradas não identificam pessoas.

O desenvolvimento da pesquisa seguiu os princípios éticos e legais vigentes na Resolução nº 466/2012 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares na pesquisa com seres humanos, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da FPS, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de anuência do hospital escola. Foi aprovado sob o parecer número 789.786 em 12/09/2014. (Anexo C). Não houve conflitos de interesses.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em forma de artigo, submetidos para a Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), cujas normas e instruções aos autores estão descritas no Anexo IV. Fator de impacto: 0,3351 (2014).

Título do Artigo: "Formação médica e atitude dos pediatras frente à comunicação do óbito infantil."

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina apontam para a valorização das habilidades comunicacionais na formação médica. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos Pediatras de uma UTI e dos residentes de Pediatria de um hospital escola quanto a formação acadêmica e atitude dos médicos para comunicar o óbito infantil aos familiares. **Método:** Pesquisa qualitativa, aplicando entrevistas aos preceptores e residentes, avaliando o ensino/aprendizado das habilidades comunicacionais frente ao óbito infantil, referências na formação médica, atitudes na comunicação e acolhida, protocolos e métodos, transmissão do exemplo preceptor/residente. **Resultados:** Existe lacuna na formação comportamental para comunicar más notícias e falta apoio psico-afetivo aos médicos e familiares. As atitudes quanto à comunicação do óbito foram: notícia abrupta, gradual, comportamento empático/sensível, emocionalmente abalado ou equilibrado e frio/seco. O comportamento frio/seco foi predominante nos preceptores; o emocionalmente abalado, nos residentes. **Conclusão:** A formação médica precisa avançar no ensino das competências psicossociais. Existe dissonância teórico-prática entre as DCN e o currículo das escolas. Esta transição do comportamento biomédico para o biopsicossocial é acelerada com o ensino das habilidades comunicacionais, tomada de decisões e gestão de conflitos.

Palavras-chave: Educação médica; Morte; Comunicação; Pediatria.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Curriculum Guidelines (BCG) for undergraduate education in Medicine stresses the importance of communication skills in medical training. **Objective:** To document the perception of Pediatricians of an ICU and Pediatric residents of a hospital school on the academic preparation of physicians and the

attitude of reporting child death. **Method:** Qualitative research, using interviews with preceptors and residents. The questions assessed teaching/learning of communication skills against the infant death, references in medical training, attitudes, communication and acceptance, protocols and methods, transmission example preceptor/resident. **Results:** There is a gap in behavioral training to communicate bad news and lack of psycho-emotional support to doctors and family. Attitudes to death communication were: sudden news, gradual, empathic/sensitive behavior, emotionally shaken or balanced and cold/dry. The cold/dry behavior was prevalent in preceptors and the emotionally shaken in residents. **Conclusion:** The medical education needs to advance in the teaching of psychosocial skills. There is theoretical and practical dissonance between BCG and the curriculum of schools. Transition from the biomedical to the bio-psychosocial behavior is accelerated with the teaching of communication skills, decision-making and conflict management.

Key words: Medical education; Death; Communication; Pediatrics.

INTRODUÇÃO

Identificar como o óbito da criança é informado para a família é uma condição traçadora para perceber a preparação do corpo Médico do Hospital em relação às habilidades sociais, a exemplo da comunicação de notícias difíceis. É possível observar, também, competências afetivo-comportamentais ao avaliar o apoio do médico aos familiares após o ato da comunicação de notícias difíceis.¹

O estudo vale-se do pressuposto que as representações dos pediatras (preceptores) e residentes de pediatria sobre o assunto são referência para o atendimento aos pais enlutados. As atitudes estão condicionadas pelo processo de educação médica e pela experiência no atendimento, sendo esta abordagem capaz de conferir uma maior visibilidade ao problema. Essa avaliação permite a elaboração de estratégias mais amplas de educação médica, voltadas para o apoio aos familiares em estado de vulnerabilidade psicológica, qualificando o atendimento.²

Ao longo do último século, a educação médica tem dado maior ênfase ao ensino do conhecimento biológico, organicista e aos procedimentos. Esse modelo pedagógico direciona a formação do médico para o tratamento da doença, em detrimento do ensino para o cuidado da pessoa como um todo.³O ensino das competências comportamentais, também chamadas atitudinais ou afetivas, oferece ao

médico ferramentas para um melhor exercício da profissão, voltada para a compreensão humana.⁴

O que faz compreender alguém que chora não é analisar as lágrimas ao microscópio, mas saber o significado da dor, da emoção. Por isso é preciso compreender a compaixão, que significa sofrer junto. É isto que permite a verdadeira comunicação humana. [...] A grande inimiga da compreensão é a falta de preocupação em ensiná-la.⁵

As habilidades psicossociais requeridas pelos profissionais de saúde são representadas por um conjunto de atitudes e comportamentos que vão desde a comunicação na relação médico-paciente, comunicação de más notícias, tomada de decisões, gestão de conflitos, até a pontualidade, o respeito, a empatia, a compaixão, entre outras.⁴ O ensino destas habilidades somadas ao ensino do conhecimento biológico e dos procedimentos clínico-cirúrgicos formam a postura biopsicossocial do médico. Também norteia a formação de profissionais de saúde capazes de ir ao encontro de pessoas em estado de fragilidade, aliviar sua dor e ser testemunha solidária desta história.⁶ É necessário considerar no processo de formação, a experiência do sofrimento das pessoas como integrante da sua relação profissional.⁷

A formação médica sofreu profundas transformações ao longo da história da humanidade. Muitos aspectos influenciam nesse processo de mudanças e contribuem para o padrão do comportamento médico atual, suas fortalezas e fragilidades. Conhecer as correlações entre a história, o complexo formador médico e o sistema de saúde vigente abre caminhos para resolução dos pontos críticos na educação médica e na atenção aos médicos, pacientes e familiares.⁸

A educação no Brasil e no mundo ainda está pautada no modelo tradicional cartesiano e sob efeito da sociedade industrial mecanizada. Os programas de ensino compartimentalizam o conhecimento em matérias, classificam estudantes em séries por idade, abrem pouco espaço para atividade criativa e imaginativa.⁹ Porém, o ensino e a aprendizagem, faces da mesma moeda, já sentem as influências do modelo construtivista em diferentes graus e esferas: o automatismo do pensamento simples e mecânico volta a abrir caminhos para o pensamento complexo. A complexidade não é uma receita para o inesperado, mas situa-se em um ponto de partida para uma ação mais rica, menos mutiladora.¹⁰ Outro avanço é representado pela adoção de metodologias ativas de ensino como é o caso da aprendizagem baseada em problemas e da problematização para educação de adultos.¹¹ Essas metodologias partem do princípio que o processo de aprendizagem ocorre a partir da interação entre a pessoa e o meio em que vive. Como diz Ortega sobre a formação do ser “Eu sou Eu e minhas circunstâncias”.^{12,13} Algumas escolas médicas no país, como a FPS, UEL e

FAMEMA, já adotam essa metodologia em sua prática educacional para formar profissionais de saúde.¹⁴

Outra mudança é que o modelo tradicional biomédico de ensino e atenção em saúde, que tem sido apontado como reducionista, sem espaço para a integralidade das várias dimensões da pessoa humana. A reintegração da dimensão psicossocial às práticas de saúde, visando à construção de um modelo biopsicossocial, em contraponto ao modelo biomédico, que se cristalizou no último século na sociedade ocidental, vem ganhando espaço nas instituições de saúde.¹⁵ Apesar dos grandes avanços da Medicina nos últimos 100 anos, o modelo Flexneriano ou biomédico, que dividiu o curso médico em ciclos básico e profissional, centrou o ensino e a assistência no hospital, na doença, na especialização e na pesquisa laboratorial, parece distanciar o médico das pessoas.³ Este distanciamento é iniciado desde o processo de formação acadêmica, a exemplo do contato com os pacientes só após o ciclo básico, ou seja, no terceiro ano no ciclo profissional, e se perpetua na organização do trabalho durante a atuação profissional.¹⁶

Um dos importantes marcos históricos no Brasil para mudança do modelo de assistência e ensino aconteceu em 1988, com a aprovação da Constituição Cidadã, que reconheceu a saúde como um direito social. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2000, foi iniciada a descentralização do cuidado em saúde, que transitou do hospital para a comunidade com a Estratégia Saúde da Família (ESF).^{8,18}

A reforma curricular do ensino médico, discutida há mais de 40 anos, em diferentes fóruns, caminha na direção da nova mentalidade de se pensar e fazer saúde, defendida pela reforma sanitária, legitimada pelos movimentos sociais e alinhada pela legislação no âmbito do SUS com suas limitações.¹⁸

Recentes mudanças têm ocorrido em várias escolas médicas no sentido de levar o estudante para a comunidade nos primeiros anos do curso, possibilitando um contato mais precoce com o paciente, a realidade social e com as habilidades de comunicação.¹⁶ Essas mudanças buscam atender as Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) do curso de Medicina que orientam o perfil do médico egresso.¹⁹

Competências atitudinais como a convivência, a pontualidade, o compromisso ético e social, a relação médico/paciente, médico/familiares, médico/médico, médico/equipe multiprofissional, a comunicação de notícias ruins, constituem diferenciais da boa prática profissional em saúde.¹⁸

Iniciativas internacionais como o FAIMER (*Foundation Advanced Medical Education Research*), o curso on-line *Doctor Communication* (Doc.com) e a *Fundación*

de *Ciencias de la Salud*, na Espanha, procuram impulsionar a qualidade do ensino e da pesquisa em educação médica.^{20,21,22}

No Brasil, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), fundada em 1962, sempre questiona e propõe modificações no complexo formador dos médicos para contemplar a formação integral.⁸A maioria dos programas de graduação e pós-graduação ainda não costuma oferecer formação específica para habilidades sociais, sendo ainda uma fragilidade a ser trabalhada.⁴

A exemplo de poucas instituições no Brasil, a Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) contempla o ensino da comunicação em saúde com aulas teórico-práticas em ambiente de laboratório adequado para as simulações e desenvolvimento da expertise nesta habilidade.²³

A comunicação de notícias ruins é uma habilidade médica que exige vários domínios por parte do profissional. O médico além de ser o porta voz de más notícias, tem o papel de dar apoio e conforto aos entes envolvidos. Se esta atitude for mal conduzida pode provocar consequências desastrosas, que vão desde a vitimização de quem recebe a notícia, até a condenação judicial de quem informa e/ou presta o atendimento ao paciente.²³

O protocolo SPIKES, de 1992, abriu um caminho promissor na formação médica para transmissão de más notícias, propiciando melhoria na interação médico/paciente/familiares em situações de difícil comunicação. Este protocolo consta de seis passos para nortear a comunicação das más notícias: *Setting* - Postura do profissional; *Perception* - Percepção do paciente; *Invitation* - Troca de informação; *Knowledge* – Conhecimento; *Explore emotions* - Explorar e enfatizar as emoções; *Strategy and summary* - Estratégias e síntese.²⁴

Em um hospital escola, estudantes aprendem sobre atitudes e comportamentos pelo exemplo dos médicos assistentes, também chamados preceptores. É quando o currículo oculto acontece com intensidade. O “currículo oculto” é representado pelo conjunto de valores e comportamentos transmitidos no exemplo dos professores e preceptores para os estudantes, nos diversos cenários de ensino aprendizagem. Por isso é importante que o corpo clínico do Hospital Escola receba educação permanente em comunicação de notícias difíceis, visto que o comportamento dos preceptores influencia na formação médica, produzindo os chamados clones profissionais.^{1, 25}

Dar voz aos sujeitos protagonistas das ações de ensinar, aprender, comunicar más notícias e cuidar das pessoas é um dos pontos fortes deste tipo de pesquisa, qualitativa, que pode reproduzir a percepção dos profissionais deste e de outros serviços similares, quanto ao tema estudado. Essa percepção sobre o comportamento

dos médicos junto aos familiares na morte da criança, pode revelar indícios do treinamento em atitudes comunicacionais, tomada de decisão e gestão de conflitos.²³

A formação dos profissionais da saúde tem peculiaridades, porque precisa contemplar mais do que treinamentos ou capacitações em habilidades cognitivas e procedurais, mas também comportamentais. Nisso reside o poder da formação. Envolve além do “saber” e do “fazer”, o aperfeiçoamento do “ser”. O problema é que a abordagem educacional para atitudes e comportamentos positivos, comunicação e tomada de decisões parece ter sido negligenciada, no último século, pelo complexo médico formador.

Esta pesquisa enfoca a formação médica em habilidades atitudinais, também chamadas afetivas, sociais ou comportamentais, a partir da percepção de um grupo de pediatras de uma (UTI) e médicos residentes, que são pediatras em formação. Busca entender, através da percepção do grupo entrevistado, como tem ocorrido o treinamento médico e qual os comportamentos ensinados/aprendidos para comunicar más notícias. O grupo de pediatras da UTI tem como característica a frequência que necessitam dar a notícia do óbito infantil aos familiares. Como também estão inseridos em um ambiente de ensino-aprendizagem, que é o hospital escola com programa de graduação (internato) e pós-graduação (residência médica). Leva-se em consideração a relação de ensino preceptor/residente, assim como as consequências deste ensino-aprendizado na comunicação médico-paciente-familiares.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa qualitativa utilizou entrevistas individuais, semiestruturadas, norteadas por um roteiro pré-definido dos temas a serem explorados durante a entrevista, ficando livre e a critério da pesquisadora como e quando formular as perguntas. A abordagem qualitativa se volta para os significados, atitudes, valores e a intencionalidade das ações nos contextos das estruturas sociais.

O estudo foi realizado em um hospital escola materno infantil, do SUS, situado no nordeste do Brasil, que recebe estudantes de medicina de universidades federais e residentes de pediatria, entre outros médicos em formação, para treinamento nos cenários da prática hospitalar (ambulatório, emergência, sala de parto, enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e neonatal). Os dados foram coletados no mês de setembro de 2014, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FPS. Não houve conflitos de interesses.

A amostra é representada por pediatras da UTI e por médicos residentes da especialização em pediatria, envolvidos no cuidado direto às crianças e familiares atendidos no hospital escola.

Os participantes foram convidados pessoalmente ou por telefone. Foi realizada a entrevista, gravada, individualmente, garantido o sigilo das informações coletadas.

As informações obtidas nas gravações foram escritas e organizadas, com o programa Word[®] na plataforma Windows Microsoft[®]. Posteriormente foram analisadas à luz do método de análise do conteúdo de Bardin.²⁶

A análise do conteúdo foi composta por pré-análise (leitura flutuante), análise (exploração do material e reflexão) e tratamento dos dados (interpretação e síntese). Levou-se em consideração o universo de referências e aprendizagem dos participantes e as estruturas argumentativas que exprimem as questões, assim como a tipologia/estilo dos entrevistados conforme sua ação frente ao óbito infantil. Utilizou-se uma margem confortável no texto, à direita e à esquerda, permitindo registrar notas e sinais codificados. Foram utilizadas canetas marca-texto coloridas e legenda de cores para identificar os núcleos de sentido.

Os entrevistados foram identificados com códigos alfa numéricos e feito tratamento colorido de texto no computador para marcar os entrevistados e para destacar reflexões que surgiam em meio à análise dos resultados. A técnica comporta uma série de operações: (a) leitura inicial procurando ter uma compreensão global do material; (b) identificação das unidades de significado que emergiram das falas dos entrevistados; (c) comparação das diferentes unidades de significado nos dois grupos de entrevistados; (d) descoberta de núcleos de sentido ou referências em torno dos quais giraram a construção das categorias temáticas e (e) interpretação e discussão das proposições, categorias ou núcleos de sentido encontrados.

A análise, reflexão e síntese do conteúdo das entrevistas possibilitou a discussão sobre o assunto, confrontando com os dados da literatura científica, procurando contemplar as similitudes, porém jamais descartando as singularidades.

Foi dado enfoque aos elementos da educação médica do ponto de vista do modelo pedagógico envolvendo currículo escrito e oculto, ensino, aprendizagem, transferência de conhecimento e estilos de aprendizagem relacionados às competências afetivo-comportamentais do médico.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da FPS, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de anuência do hospital escola sob o parecer número 789.786 em 12/09/2014. (Anexo III)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada foi composta por 14 médicos. Metade representada por residentes cursando o programa de residência em Pediatria do ano 2014. A outra metade composta por médicos de uma UTI pediátrica e neonatal no nordeste do Brasil, os quais mantêm contato com os residentes no estágio da UTI e que por exercer a preceptoría têm participação no currículo oculto. O perfil dos preceptores entrevistados, no hospital escola em questão, apresentou as seguintes características: todas femininas, com idade em torno de 40 anos, a maioria com mais de 10 anos de formatura, com graduação em universidades públicas e que, na sua maioria, não possui título de especialista em medicina intensiva pediátrica, ocorrendo especialização com os anos de prática profissional. Das 7 preceptoras, 2 fizeram especialização em UTI pediátrica. O perfil dos médicos residentes foi feminina, com 1 integrante do sexo masculino, com dois anos de formatura em média e faixa etária em torno de 30 anos, formados em IES públicas e privadas, sendo a maioria pública.

As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 14 minutos. Após análise e reflexão sobre o conteúdo, foram encontrados temas e categorias temáticas. Em seguida, processamento e síntese do material coletado para posterior discussão.

Os temas encontrados foram: (1) Formação médica na comunicação do óbito infantil; (2) Atitudes profissionais na comunicação do óbito infantil e (3) Estratégias para desenvolver a expertise e o ensino da comunicação do óbito infantil.

As categorias encontradas para “Formação médica na comunicação do óbito infantil” foram: (a) Conceito de má notícia; (b) Morte em Pediatria; (c) Morte na UTI pediátrica; (d) Reação dos familiares; (e) Formação atitudinal na graduação; (f) Formação atitudinal na pós-graduação; (g) Referências para aprendizagem atitudinal; (h) transmissão do conhecimento preceptor/residente/interno; (i) Estilos de aprendizagem e transferência do conhecimento.

Quanto ao tema “Atitudes profissionais na comunicação do óbito infantil”, as categorias foram: (a) sentimentos e reações dos médicos na comunicação do óbito infantil; (b) comunicação verbal; (c) acolhida aos familiares e comunicação não verbal.

Dentro do tema “Estratégias para desenvolver a expertise e o ensino da comunicação do óbito infantil” encontramos as seguintes categorias: (a) uso de protocolos, estratégias e métodos; (b) sugestões para a expertise e o ensino das habilidades de comunicação frente ao óbito infantil.

Tema 1: Formação médica na comunicação do óbito infantil

Conceito de má notícia

O conceito de má notícia na área de saúde foi descrito pelos pediatras e residentes de pediatria entrevistados como sendo o desfecho negativo de um acontecimento. Uma notícia que causa preocupação, surpresa, impacto, sofrimento e que altera a vida das pessoas. Relataram que o impacto e as reações são diferentes a depender da percepção de quem recebe a notícia.

[...]é dizer à família aquilo que eles não querem ouvir. [...] E aí os familiares eles recebem a notícia das maneiras mais diferentes possíveis. Q3R2

Às vezes você está comunicando uma verdade da sua forma. E talvez a outra pessoa interprete de uma forma diferente. Ou não esteja aceitando a notícia, a má notícia. Q4R2

Uma definição de má notícia ou de informação desfavorável pode ser “qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro”.²⁴Entretanto, a má notícia está sempre “na perspectiva de quem olha”, de modo que não se pode estimar o impacto da má notícia até que se tenha determinado as expectativas e a compreensão de quem a recebe. Transmitir más notícias é também uma tarefa complexa de comunicação. Além do componente verbal de dar de fato uma má notícia, ela também requer outras habilidades. Estas incluem responder às reações emocionais dos pacientes, o envolvimento na tomada de decisão, tratar com o stress criado pelas expectativas de cura do paciente, o envolvimento de múltiplos membros da família, e o dilema de como dar esperança quando a situação é sombria.²⁴Há um consenso sobre a necessidade de maior treinamento nesta área.²⁸

Morte em Pediatria

A “*morte em pediatria*” foi descrita pelos entrevistados como um acontecimento de maior complexidade, quando comparada à morte em outras áreas da Medicina. E por isso requer mais preparo e sensibilidade por parte dos pediatras no contato com as famílias. Todos os participantes percebem que falta treinamento tanto na graduação quanto na pós-graduação (residência médica) quanto às questões que norteiam a morte em Pediatria. As peculiaridades desta área que aumentam a dificuldade para informar a notícia foram a sensação de interrupção precoce da vida, a dor dos pais e as reações emocionais da família, ser recém formado e estar na condição de plantonista em vez de residente, quando é o primeiro filho, morte

inesperada e rápida pela falta de vínculo do médico com os pais, assim como a morte de crianças muito vinculadas ao médico e à equipe de saúde.

[...] é muito mais doloroso dá uma notícia de uma criança do que um adulto. Porque a lei natural das coisas é que o adulto vá primeiro que a criança. Q12R2

“A morte se torna extremamente dolorosa pela separação dos seres queridos. A morte de uma criança, símbolo da permanência e continuidade da família, passa a ser a que provoca mais dor, e assim é até hoje”.²⁸

Morte na UTI pediátrica

Quanto à prática de informar o óbito na UTI pediátrica, vários entrevistados informaram que o setor exige mais preparo ainda, dentro da Pediatria, devido maior frequência do óbito infantil, quando comparado a outros cenários, porém se sentem despreparados. A frequência da morte na UTI Pediátrica também foi descrita como fonte de experiência profissional em comunicação do óbito e que exige e pressupõe, também, mais sensibilidade dentro da Pediatria. Em contrapartida, essa frequência do óbito associada à sobrecarga de trabalho e a blindagem emocional contra o sofrimento psíquico, foram apontadas como causa contributiva para redução do envolvimento, sensibilidade, paciência, empatia e compaixão. Mais da metade dos entrevistados referiram sentir falta de apoio psicológico durante a graduação e pós-graduação para ajudar no enfrentamento de tais circunstâncias. A síndrome de Burnout também foi citado como causa de impaciência e falta de envolvimento com os pacientes.

Quem faz UTI tem maior contato com a morte do que quem faz só Pediatria, sem tanto contato com paciente grave. (...) Apesar da prática nunca me sinto preparada. Q11P
É o nosso “*Burnout*”. Ter que tá sempre trabalhando de um plantão pra outro... A gente perde um pouco a paciência e a gente não quer perder o tempo em ouvir, em conversar, em explicar. Q3R2

O termo “*Burnout*” surgiu como metáfora, para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho. Esta síndrome, também conhecida, como “*síndrome do esgotamento profissional*”, proveniente da exposição prolongada a fatores interpessoais crônicos no trabalho, apresenta três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. Em um trabalho sobre a prevalência da Síndrome de *Burnout* em Salvador (BA), 297 plantonistas foram avaliados. A prevalência foi elevada entre os médicos avaliados: 63,4% tem pelo menos uma dimensão alterada. Dentre

elas, a exaustão emocional foi a dimensão mais encontrada (47,6%). A síndrome de Burnout foi mais prevalente nos médicos que apresentavam carga horária de trabalho em final de semana maior que 12 horas e carga horária semanal em UTI maior que 24 horas. As pessoas se tornam mais distantes e frias, pois sentem que é mais seguro ficar indiferentes.²⁹

Mais um legado do modelo biomédico, centrado no hospital, que concentra os avanços da Medicina foi a hospitalização da morte. Tanto o conceito de cuidado em saúde quanto o conceito de morte sofreram mudanças ao longo do tempo. “Desde meados de 1945, morrer no hospital é uma praxe. A morte hoje está sob o poder do médico e da sua medicalização. [...] Agora não tem mais o nome de morte, tem um novo: o respirador foi desligado”.²⁸

“A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) como um simples rito de passagem para a morte não tem sentido”.³⁰ Dessa forma, quando a RCP é irreversível e a vida da criança termina, habilidades psicológicas e sociais são requeridas. O treinamento em habilidades de comunicação, tomada de decisões e gestão de conflitos é essencial para lidar com as próprias emoções e com as emoções dos familiares.⁴ Além disso, esta área envolve mais do que seguir regras e teorias, envolve o componente afetivo. Os médicos devem trazer para a transmissão de más notícias algo de si.³¹

Reação dos familiares

As diversas emoções dos familiares servem para traçar estratégias e atitudes frente ao óbito infantil. Conhecer as reações dos familiares clarifica as atitudes e decisões a serem tomadas. Quanto às possíveis reações, foram citadas desde o conformismo até aversão à notícia, estresse, agitação, desespero, choro incontrolável, negação, irritabilidade, sentimento de perda, reações psicossomáticas a exemplo do desmaio e do acidente vascular cerebral, agressão, culpar o médico, gerar processo judicial.

Como lidar com essa emoção, é ... a gente dá a notícia, vai ter uma reação e depois da reação, como a gente vai aliviar, até. Como seria? Como aliviar...ou não, né? Ou deixar? Q08P

[...] o paciente morreu na sua frente e vai ter uma família se acabando de chorar. A mãe se ajoelhando na minha frente, dizendo: - me mate também! me mate também! “... um paciente pode ter negação, um paciente pode ficar com o filho nos braços dizendo que ele não tá morto, que é mentira sua. Isso acontece constantemente. Você fica sem saber o que fazer. Q14 R1

A gente em Pediatria a gente sofre muito com isso, né? Porque as mães, elas discutem com a gente, né? Às vezes, então, vem com toda sobrecarga, às vezes, vem com problema de fora e descarrega

tudo no Pediatra. Então, assim, é difícil. Uma doença a mãe já vem. Imagine um óbito, né? Então, éee, é delicada a situação. Q9 R1

A falta de atenção às reações emocionais dos familiares provoca efeitos graves que podem dificultar a aceitação da notícia.³² Algumas pesquisas descreveram a opinião dos pais de como foi e como deveria ser a comunicação médico-família. Descrevem que os pacientes e seus familiares estão insatisfeitos com a forma como os profissionais da saúde transmitem informações, especialmente relacionadas a más notícias.³⁴ Em estudo realizado no Reino Unido, entre 1984 e 1995, os pais relatam como uma experiência angustiante, estressante e descrevem sua insatisfação com a comunicação dos profissionais de saúde especialmente após a criança ter morrido.³³

Acolher a família enlutada depende de, entre outros fatores, reação emocional dos familiares diante da notícia do óbito. De acordo com o princípio filosófico de *Ortega y Gasset*: “Eu sou eu e minhas circunstâncias”.^{12,13} Necessitamos penetrar nas circunstâncias que envolvem o óbito da criança, para decidir que conduta tomar em relação aos familiares. Estas pessoas são providas de uma densa carga emocional pelo significado do filho em suas vidas.³⁶ O desenvolvimento dessa habilidade para uma ação competente, demanda saberes de comunicação, tomada de decisões e gestão de conflitos, controle da agressividade que fazem parte do conjunto de habilidades sociais.⁴

Formação atitudinal na graduação

Em relação à formação médica na “*graduação*”, a grande maioria dos entrevistados relatou que não recebeu treinamento específico em comunicação de más notícias. Do total de participantes, apenas um residente referiu a presença da disciplina Comunicação em Saúde no currículo convencional da sua escola médica. Os demais referiram não ter recebido formação nenhuma e que existe uma lacuna expressiva no ensino médico. Falar sobre a morte foi apontada como sendo um tabu nas escolas médicas, pois o médico é formado para salvar vidas, sendo esta uma das possíveis causas da deficiência no processo de formação médica para informar más notícias. Alguns apontaram a formação como péssima, pela ausência de treinamento e outros disseram que este assunto não é valorizado nos programas de formação médica. Percebem que a transmissão do conhecimento sobre órgãos, doenças e procedimentos é mais enfatizada do que a formação atitudinal.

[...] A gente sempre era voltado pra informar a melhora, a cura, mas a questão da piora ou do falecimento, a gente não tem essa formação. Nem um acompanhamento psicológico, que a gente deveria ter, né?
Q2 P

O ensino de habilidades de comunicação interpessoal, comunicação de diagnóstico ainda é colocado como secundário em relação as questões biomédicas, que são vistas como científicas e prioritárias na formação acadêmica.³²

Trabalho realizado em oito escolas médicas holandesas revelou que os estudantes perceberam que não haviam recebido o apoio que precisavam para a transmissão de notícias ruins. E por causa dessa pesquisa muitos estudantes de medicina tomaram consciência da falta de competência na habilidade de dar más notícias.³⁵ Estudo realizado com estudantes do último ano de medicina, em um hospital escola do sul do Brasil, revelou que a maioria deles também considerou ter pouca orientação sobre as habilidades comunicacionais, consideradas fundamentais ao bom exercício da medicina. E muitos também desconhecem os diversos métodos pelos quais estas podem ser ensinadas.³⁶ Outro estudo sugere que o ideal para o ensino da comunicação seja o currículo em espiral, centrado no respeito, onde o tema da comunicação seja revisitado em graus de complexidade crescente, com reflexão em ambientes seguros de laboratório, até chegar a prática clínica. Protocolos e dramatizações podem aumentar a confiança no momento de dar más notícias.²⁹ A abordagem “prematura”, ou seja, desde os primeiros períodos do curso médico, é a desejada, visto que procura discutir o assunto antes que o aluno se encontre em situação similar, preparando-o para esse momento.³⁴ Na busca incansável para ser um bom médico, uma pessoa pode estudar no melhor curso de Medicina e saber usar as máquinas de exame mais modernas, porém nada disso adiantará se não souber tratar o próximo como gostaria de ser tratado.³⁷

Formação atitudinal na pós-graduação

A percepção dos médicos entrevistados sobre a formação médica para habilidades de comunicação do óbito na “*pós-graduação*”, mais especificamente durante a residência médica, foi praticamente similar ao que ocorre na graduação. Todos referiram não ter recebido treinamento dirigido teórico-prático nesta habilidade. Dentre os pontos fortes da residência médica destacaram a oportunidade ampliada de prática, maior vivência profissional comparada a graduação, mais contato com os pacientes e, portanto, maior contato com a habilidade de comunicação. Mencionaram,

também, que existe mais maturidade, responsabilidade e existe também mais facilidade para falar nesta fase do desenvolvimento profissional.

Eu acho que continua um déficit, entendeu, na pós-graduação. Éee ... eu acho que as pessoas se preocupam muito com conteúdo, conteúdo, conteúdo. É ... prática, prática, prática e acabam esquecendo esse lado da psicologia, de como enfrentar a dor, como passar a má notícia pros familiares. Eu acho que ainda continua sendo uma lacuna que vem desde a graduação. Q12 R2

Como dar as más notícias. Isso continua sendo um assunto, talvez por ser um tabu, por ser difícil, as pessoas fingem que não existe. Então ninguém se preocupa com isso na Residência. Q14 R1

É no cenário de prática, especificamente no Hospital, durante o internato e a Residência que o estudante desenvolve o nível mais alto da postura profissional que tem como base o “fazer” e o “ser”. Capacita profissionais com menos efeitos colaterais na transmissão de más notícias. De acordo com a pirâmide de Miller, foi concebido um modelo conceitual hierárquico que estabelece quatro níveis de habilidades que necessitam ser avaliados, os quais envolvem: a base da pirâmide envolve o conhecimento (“saber”), um segundo nível engloba a habilidade de aplicar o conhecimento em determinado contexto (“saber como”, competência); o próximo nível, (“mostrar como” - desempenho), reflete a habilidade de agir corretamente numa situação simulada; e o último, (“fazer” - ação), refere-se à prática em situações clínicas reais.³⁶ Posteriormente foi associado o conceito de “ser” referente às habilidades atitudinais. O momento crucial para aprendizagem do “fazer” e do “ser” reside no internato e na residência médica, pois possibilitam uma prática mais intensa devido ao contato com os pacientes e familiares.³⁸

Nesse contexto a avaliação desempenha um importante papel formativo, pois tem o poder de direcionar a aprendizagem. É o momento da formação em que as habilidades afetivo-comportamentais são fortemente trabalhadas pelo currículo oculto. O teste de habilidades de comunicação (THC) nessa fase pode contribuir para firmar o estilo profissional mais adequado, visto que a avaliação direciona o produto final do profissional em formação. Vários graduandos acabam sacrificando seu tempo de vivência médica e aperfeiçoamento do raciocínio clínico no período do internato, para decorar informações úteis ao “novo vestibular”, representado agora pela prova de residência.³⁷

Reconhecendo o papel formativo e transformador da avaliação, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 2004, deliberou que os concursos para admissão de residentes deveriam incluir uma segunda fase, constituída de prova prática, já que “a avaliação das habilidades e comportamentos constitui elemento essencial à seleção do candidato”.³⁶ Esta medida direciona o interesse dos

graduandos para a formação atitudinal, ao valorizar competências afetivo-comportamentais como pré-requisito para o ingresso na residência médica. O tempo de residência em pediatria geral foi alterado de 2 anos para 3 anos, em 2014, com o intuito de contemplar a formação mais completa e equilibrando o desenvolvimento das competências biopsicossociais.

Referências para aprendizagem atitudinal

Quanto às referências para aprendizagem das habilidades comunicacionais no tema em questão, todos os médicos apontaram para o exemplo de outros profissionais (colegas, residentes mais antigos, preceptores), para a vivência prática e para o aprendizado individual. A disciplina e o laboratório de comunicação foi uma relevante experiência relatada por um dos participantes. Outras referências citadas foram as abordagens soltas no currículo na forma de palestras e aulas pontuais na disciplina Psicologia Médica, Psiquiatria e Ética. Uma das participantes citou ter recebido aulas no módulo de cuidados paliativos na sua pós-graduação. A homenagem ao cadáver desconhecido, também foi relatada como um momento de reflexão sobre a morte e os familiares do cadáver. O protocolo SPIKES para transmissão de más notícias foi mencionado por um dos entrevistados, fruto da sua metacognição, ou seja, sua busca individual por conhecimento nesta área. Alguns entrevistados citaram a religião e convicções espirituais como referências para atitudes frente à comunicação do óbito infantil. Já outros citaram as bases na educação familiar e no relacionamento com os pais ou se é algo inerente a cada um. Questionaram se a escola médica pode ensinar a empatia, compaixão e respeito ao próximo. Tais habilidades foram descritas por vários entrevistados como necessárias na comunicação da morte aos familiares.

Na Universidade a gente tem, ..., uma disciplina de Psicologia, mas na verdade foi dada mesmo antes da gente ter contato com o paciente. Q1P

[...] eu acho que desde o início antes da formação médica, tem uma formação, uma base familiar, de respeito. Não durante o curso. Não dá pra fornecer pro acadêmico, certos valores ... mas eu acho que a formação poderia até ajudar um pouco. Q7R1

Estudo com estudantes evidenciou que eles acreditam na aquisição de habilidades de comunicação para o exercício da medicina seja mais uma questão de prática, que pode ser adquirida por conta própria. Mas esse mesmo estudo demonstra que a experiência, por si só, não garante esta aprendizagem. Isso pode levar à repetição continuada de erros, diminuição de empatia do estudante e deterioração na relação médico-paciente.³⁶

A comunicação é uma habilidade específica e pode ser apreendida como qualquer outro aspecto dos cuidados médicos.³²As ações estão no âmbito dos fatos; as motivações e justificativas para as ações são os valores. Esses, então, ancoram-se nos fatos e sofrem influências sociais, históricas e culturais. Ou seja, os valores são, ao mesmo tempo, intuídos individualmente e construídos socialmente. É dentro dessa possibilidade de construção coletiva dos valores e do “ser” e não somente do ponto de vista individual, que a educação oferece reforço positivo para o aperfeiçoamento das virtudes dos profissionais de saúde.³⁹

Um consenso realizado entre 33 escolas médicas do Reino Unido estabeleceu um currículo centrado no respeito aos outros, que trabalhando as habilidades de comunicação, de forma interdisciplinar no currículo em espiral, ao longo do eixo norteador de todo curso médico.³¹

Uma pesquisa realizada em 1997 e 1998 determinou o *status* do ensino e da avaliação das habilidades de comunicação em escolas médicas nos Estados Unidos, Canadá e Porto Rico. De 89 escolas que responderam questões sobre os métodos de ensino utilizados, os citados, em ordem de frequência, foram: combinação de discussão, observação e prática, discussões em pequenos grupos e seminários, apresentações orais, entrevista de pacientes simulados pelos alunos, observação dos professores com pacientes reais e entrevistas com pacientes verdadeiros pelos estudantes, visitas para ensinar habilidades de comunicação, gravações em vídeo das interações dos estudantes, avaliação dos estudantes por meio de *feedback* pelos professores durante as sessões de ensino. A aprendizagem baseada em entrevistas gravadas representam um material importante para reflexão e auto-avaliação.⁴¹

Transmissão do conhecimento preceptor/residente/interno

O exemplo da preceptoria e dos mais experientes foi apontado pela maioria dos participantes como fonte importante de aprendizado. Inclusive os residentes do segundo ano foram citados como espelho para os residentes do primeiro ano e estes dois, por sua vez, são exemplo para os internos de Medicina. No entanto, houve relatos que falta preparo da preceptoria para comunicação e para o ensino/aprendizado dos Residentes nesta área do conhecimento. Todos os preceptores relatam que não receberam formação adequada na sua época, nem recebem educação permanente. Aulas isoladas sobre o tema dentro de um módulo sobre cuidados paliativos na pós-graduação, foi referida por uma das participantes,

mas relata que foi algo pontual. Outra fragilidade apontada pelos entrevistados foi a falta de uniformidade na conduta da preceptoria para informar o óbito.

Quanto a transmissão do conhecimento preceptor/residente/estudante dos entrevistados relataram diversidade de condutas e falta de padronização mínima na metodologia de ensino das habilidades de comunicação. O constrangimento pela circunstância do óbito, foi citado como uma barreira na transmissão do conhecimento, pois interfere no convite do preceptor ao estudante para presenciar o diálogo com os familiares. Uma das preceptoras referiu que trabalha um caso clínico com estudantes, que fala sobre a morte, mas sem enfoque na habilidade de comunicação.

Quanto ao apoio psicológico, alguns relataram que não se sentiram apoiados pela preceptoria. A preceptoria também relata que sente falta de apoio psicológico durante a atuação profissional.

Os preceptores e residentes que relataram atitudes afetivas após informar o óbito infantil aos familiares referem se espelhar também em preceptores com o mesmo padrão de comportamento.

Tem profissionais que não sabem nem como dizer, nem como ensinar. Q4 R2

O que tem é o ensinamento pelo exemplo. A gente acompanha os preceptores e os residentes mais velhos, quando vão dá más notícias e a gente vê os exemplos que a gente quer seguir e os exemplos que a gente não quer seguir, né? e tende a seguir os bons exemplos da forma que a gente achou que foi mais adequada. Q1P

Estudos sobre transferência do conhecimento clínico mostram que os médicos mais experientes são mais automáticos quando comparados aos médicos recém formados pelo fenômeno da compartimentalização do conhecimento.³⁸ Esse fato, quando relacionado à comunicação de más notícias explica a tranquilidade emocional diante dos acontecimentos, porém treinamento é necessário no sentido de resgatar a sensibilidade e oferecer conhecimento teórico prático periodicamente, com educação permanente na instituição.

Queira ou não, o professor é um modelo, na sua forma de relacionar-se, de expressar seus valores, resolver conflitos, na forma de falar e ouvir.

O aluno se forma, adquire sua identidade médica não só pelo que consta nos programas, porém mais importante que isto, pelas atitudes dos professores que ele mimetiza. Imita não só o que ele diz e faz, mas o modo de ser. ²⁸O conceito de "Currículo oculto" está atrelado ao que se ouviu sobre atitudes e comportamentos em relação aos pacientes de outros residentes e médicos assistentes. Alguns residentes e médicos podem chamar os pacientes de hipocondríacos (o paciente que está sempre

na emergência sem necessidade) ou "dissimulados". Podem dizer que "o problema da criança é a mãe". Eles podem ser rudes com os pacientes ou evitar conversas difíceis. Alguns médicos podem não demonstrar o tipo de empatia e preocupação que o estudante ou residente gostaria de ter em sua relação com os pacientes, ou que gostaria para seus entes queridos se eles estivessem doentes.¹⁵ Alguns residentes e médicos ridicularizam o interesse pelos pacientes descrevendo como irrelevante, "afetuoso e difuso". Podem ocorrer expressões como "você quer ser bom ou bonzinho?" Para médicos e estudantes, é fácil entrar no ritmo de uma cultura prevalente e desenvolver cinismo e dúvidas. Mas o treinamento em habilidades de comunicação, a percepção sobre o valor de se relacionar mais profundamente com os pacientes, os efeitos positivos que as tais habilidades têm na compreensão do adoecimento do paciente e em seu bem-estar, capacita estudantes e profissionais para resistir às pressões do "currículo oculto".¹⁵

Um desafio para o futuro é treinar os professores a servir de modelo em habilidades de comunicação efetivas, a fornecer *feedback* confiável, em um ambiente que reforce a comunicação e que ajude os estudantes a melhorar suas habilidades.³⁶

Estilos de aprendizagem e transferência do conhecimento

O estilo de aprendizagem que preponderou em todos os entrevistados, tanto preceptores, quanto residentes foi a observação participante nos cenários de prática e a vivência individual, solitária, sem espaços de aprendizagem compartilhada com a equipe. Aprender pela repetição, também foram estilos de aprendizagem apontados.

Aprendendo com minhas próprias experiências a maneira como fazer isso. Observando os preceptores, ..., obviamente, cada um tem seu jeito.

[...] ele sempre treinava a gente dizendo fale e fale de novo, e fale de novo. Até que você aprende a como dá aquela notícia, pra que os pais assimilem e confiem em você. Então, acho que quanto mais você treina, pra alguma determinada coisa, melhor você vai falar e melhor você vai fazer.Q3R2

A comunicação é uma habilidade específica e pode ser apreendida como qualquer outro aspecto dos cuidados médicos.³² Vários caminhos mentais e estilos de aprendizagem têm sido relatados. A competência na realização de uma habilidade motora multiprocessual específica como a RCP depende da frequência com que é praticada.³⁰ O treinamento em habilidades de comunicação e sociais não foge à regra.

Processos cognitivos, afetivos e metacognitivos (aprender a aprender), estão envolvidos nos estilos de aprendizagem. Um estudo aprofundado sobre transmissão

do conhecimento para médicos estagiários, revelou que fatores contextuais influenciam no processo de transferência das informações, que pode ocorrer de forma analítica ou não analítica.³⁸ O ensino e a aprendizagem são faces da mesma moeda e portanto, inseparáveis. Uma dificuldade de aprendizagem é, igualmente, um problema de ensino e sua análise deve focar a relação ensino-aprendizagem como uma unidade, sem culpabilização de um ou de outro.

Profissionais de saúde treinados em habilidades comunicacionais produzirão benefícios para eles e para os seus pacientes. Mas esta formação deve ser baseada em princípios educacionais, avaliados e monitorados adequadamente.³³ Mesmo que a pressa diária da prática profissional possa desconstrua ensinamentos de comunicação para construir a relação médico paciente, existe um aspecto crucial na informação do óbito: o médico tem que necessariamente informar. Então o profissional precisa estar, nem que seja minimamente, treinado.²¹

Tema 2: Atitudes profissionais na comunicação do óbito infantil

Sentimentos dos médicos na comunicação do óbito infantil

Todos os médicos entrevistados referiram que comunicar más notícias para os pacientes e familiares é uma tarefa difícil. Dentre estes, alguns referiram que a comunicação do óbito infantil é complexa. Mais da metade dos entrevistados percebe o fato como uma obrigação profissional. Além disso percebem que é um momento desconfortável, sofrível para médicos e familiares, que exige preparo psicológico bilateral, empatia, superação dos receios, das perdas, da sensação de impotência, dos conflitos emocionais, do sentimento de culpa.

Péssima. Péssima. Não gosto, detesto fazer esse tipo de coisa. Sabe que precisa comunicar, né? Respiro fundo e vou. (Q5R1)
 [...] porque como você teve uma formação preparada pra salvar vidas, quando alguém morre você tem aquela sensação de impotência... alguns pacientes vão morrer. E eu preciso me preparar psicologicamente pra isso. Mas eu sou limitada enquanto médica. E eu tive que buscar um equilíbrio, uma tranquilidade pra não começar a chorar... Q14 R1
 [...] você acaba se confundindo, mesmo, com sentimentos e achando que aquela... irritabilidade é diretamente pra você. Q10P

Observou-se que comunicar más notícias é uma tarefa difícil para os médicos, associada a desconforto, angústia e estresse.³⁴ Um erro comum é encarar o processo da má notícia com sentimento de fracasso ou até culpa. Para o médico, um fracasso terapêutico pode significar fracasso profissional. Cada morte de paciente é experimentada pelo médico como prova de sua incapacidade, de sua impotência, de seu fracasso diante da morte.²⁸ O profissional deve tentar entender os próprios

sentimentos evocados no momento em que comunica notícias difíceis.²⁷ Ao buscar o alívio diante do sofrimento humano com a proximidade com a morte, o indivíduo necessita expandir sua compreensão para além da sua dimensão biológica.¹⁵

Ao enfrentar, reconhecer e controlar seus medos e ansiedades, o profissional se sente mais à vontade diante das reações dos pacientes, podendo ajudá-los da melhor forma possível.²⁷

Comunicação verbal

Os estilos de comunicação quanto à expressão da notícia foram descritos pelos entrevistados de duas formas. Alguns defenderam a maneira abrupta, direta e sem rodeios, enquanto outros disseram que dão a notícia do óbito aos poucos, de forma lenta e gradual, defendendo esta maneira como sendo a mais adequada. Houve relato sobre a conduta de aproximar a mãe e a criança nos últimos momentos, comunicar procedimentos realizados, dizer palavras de condolências, informar que se fez tudo que podia. Alguns relataram que solicitam o apoio de outros familiares, da psicologia e da assistente social. A maioria prepara previamente a família e fala aos poucos. No entanto aqueles que apresentam um estilo mais direto alegam sinceridade, por isso justificam falar no impacto e sem rodeios.

Eu procuro ... o que a mãe entende, né, sobre a doença da criança, quais eram as expectativas? E ... eu procuro falar que a criança ... não respondeu bem. Pra que ela consiga ir na cabeça dela formando uma ideia. Não dá aquele choque inicial: oh, a criança faleceu...oh, morreu. É ... dando a sequência de conhecimento, chegar no momento do óbito. Q13P

Mas assim, eu procuro chamar e ser o mais sincera possível. Tanto pra comunicar o óbito como pra comunicar a gravidade, sem muitos rodeios. Acho que você tem que ser o mais sincera possível... Q08 P

Recomenda-se uma abordagem sensível, honesta, clara e focada nas necessidades individualizadas de cada paciente e da sua família. Lembrar que em muitas situações, o cuidar é mais importante que o curar.³⁴ A acolhida às famílias pela comunicação verbal foi representada por palavras de conforto e oferta de apoio. Estas formas de comunicação representam habilidades comportamentais que podem ser discutidas e estimuladas nos ambientes de ensino/aprendizagem em saúde. A arte de falar da morte de uma criança para os familiares exige habilidades de comunicação avançada e domínio de competências de ordem superior.^{21,42} Há também alguma evidência de que as pessoas lidam melhor quando elas percebem que o médico, ao dar a notícia mostrou alguma emoção.³³

Acolhida aos familiares e comunicação não-verbal

Os estilos de comunicação quanto ao grau de acolhida aos familiares do paciente foram descritos nas entrevistas com os termos frio, seco, tranquilos, sensíveis, preocupados, emocionalmente abalados, empáticos. Referiram o uso da comunicação não-verbal através do contato visual, do abraço e até mesmo do próprio silêncio e atenção.

Em alguns momentos o termo 'tranquilo' foi usado para designar o estilo frio de comunicar a notícia, porém em outras falas aparece como sinônimo de equilibrado emocionalmente, para fins de apoio à família. Alguns alegam blindagem emocional para não sofrer, justificando a falta de envolvimento. Outros alegam que a formação ensina a ser frio e imparcial pelo exemplo da preceptoria. Afirmando ser este o padrão do profissionalismo. Além disso, houve dúvida sobre a responsabilidade médica quanto ao ato de acalmar o sofrimento psicológico dos familiares.

[...] quando ela recebe uma notícia, sabendo que você está compadecido com a dor dela, eu acho que é um alívio. (...) Mas assim, eu tento olhar nos olhos, eu tento dizer pra mãe ... que infelizmente chegou o momento da criança... Q14 R1

Eu ... sei que a gente tende a ser seco, né, porque ... a gente não tem como chorar, porque a gente não tem vínculo com esse bebê, com essa criança que vai a óbito, nem se comover... e assim infelizmente dou as costas e saio e volto a fazer meu trabalho... Q2 P

"Que aquilo ali pode estar sendo indiferente pra você, porque não é uma pessoa sua, próxima ... Eu já vi, entendeu, tudo. De não ligarem, dizer: - Oh. Morreu. Se vira aí. Entendeu? Até os que são atenciosos, chegam junto." Q5 R1

"[...] E é um ser humano. Então se aquela pessoa chora, poxa, acalenta." Q3 R2

A palavra trocada ou o silêncio podem ser entendidos como um dom que circula.¹⁵ Os fatos, atos e questões relativas a vida e a saúde exigem a busca de uma ação prudente de tomada de decisões, que envolve opções de valores e trazem consequências.⁴² A comunicação aparece como ferramenta fundamental e o profissional precisa ter habilidades comunicacionais para não gerar um impacto negativo na qualidade dos cuidados.¹⁵ Quando uma pessoa está sob grande estresse, a atenção, a concentração e a memória podem estar bastante afetadas, impedindo maior clareza do que está sendo comunicado.³⁷ A linguagem não verbal é muito importante e pode em determinado contexto contradizer, complementar e até mesmo substituir a linguagem oral, além de expressar sentimentos. Os sinais não-verbais do profissional para o estabelecimento do vínculo de confiança e a presença compassiva

são fundamentais na acolhida aos familiares.¹⁵A arte de falar da morte de uma criança exige habilidades de comunicação avançada e domínio de competências de ordem superior.¹⁵As pessoas que recebem más notícias querem que o médico seja genuíno, verdadeiro e afetuoso ... que equilibre equanimidade com empatia, esperança com honestidade. Há também alguma evidência de que as pessoas lidam melhor quando elas percebem que o médico, ao dar a notícia mostrou alguma emoção.³³

Observa-se um currículo oculto pautado em um padrão profissional distante das emoções. Esta ideologia, transmitida cotidiana e quase automaticamente, é expressa em máximas como: “não se envolva com o paciente”, “se você ficar sofrendo a cada morte de paciente, você não aguenta e larga a Medicina”.²⁸ Este padrão de comportamento traz implicações na forma de atenção às pessoas.

Não se envolver com a morte implica não se envolver com a vida. Matando o que tem de vida em si, sua capacidade de se envolver, se comprometer com o outro e consigo mesmo, mata sua possibilidade de trazer em si sua mortalidade e transforma-se na própria morte.²⁸

O médico acaba perdendo potencial afetivo e calor humano para não sofrer. Dessa maneira cria barreiras que impedem ir ao encontro de outras pessoas igualmente ou até mais fragilizadas.

Mais do que em qualquer outra área da comunicação, os médicos compartilhando más notícias, devem trazer à tona uma interação de alguma coisa deles próprios. As pessoas que recebem más notícias querem que o médico seja genuíno, verdadeiro e afetuoso, que equilibre equanimidade com empatia, esperança com honestidade. Há também evidências que as pessoas lidam melhor com a situação quando elas percebem que o médico, ao dar a notícia mostrou alguma emoção.³³

Tema 3: Estratégias para desenvolver a expertise e o ensino da comunicação do óbito infantil

Uso de protocolos, estratégias e métodos

Quanto ao uso de protocolos e estratégias para comunicação de más notícias, a grande maioria informou desconhecer a existência, e quase a metade achou que não existe. Apenas um participante falou ter conhecimento do protocolo SPIKES. Alguns relataram a necessidade de métodos de tomada de decisão para adequar os protocolos a cada situação. Dentre as vantagens apontadas no uso de protocolos foram apontadas a uniformização da conduta e do ensino aprendido, estabelecer uma sequência, um modelo norteador para uma prática muito difícil e proporcionar a

mesma linguagem para os membros da equipe. Relataram que é necessário associar o jeito pessoal e a sensibilidade aos métodos.

Valorizar a individualidade de cada pessoa, o contexto, a história familiar e social para melhor utilização de protocolos. Por isso é essencial dispormos de ferramentas e métodos que traduzam uma atitude deliberativa, comunicativa, narrativa, para um enfrentamento melhor dos conflitos, uma atenção aos pacientes de mais qualidade.

A comunicação não verbal foi apontada como estratégia importante de interação e acolhida entre médico e familiares: o contato visual, o abraço, o toque e até mesmo o próprio silêncio e atenção.

[...] tem médico que realmente fica do lado da família. Dá todo suporte. Tem médico que chega fala e pronto. Então eu acho que seria importante pra uniformizar o máximo que puder. Q12R2

[...] eu acho que tem como preparar o estudante no internato, o residente pra ele tá habilitado pra dar essa notícia, sabendo a individualidade, mas seguindo uma coisa na sua cabeça. Q14 R1

Na hora que chega a ter óbito, né, eu tenho que tocar na mãe e não tem nenhuma estratégia, mas é meio instintivo isso. Eu toco na mãe, ... digo a ela o que aconteceu. Q1P

Alguns passos do protocolo SPIKES foram descritos empiricamente na vivência de alguns entrevistados, mesmo sem conhecer a existência desta técnica para transmissão de más notícias. A estratégia consiste em seis passos para nortear mínimos cuidados no momento de dar notícias difíceis. Ter consciência destes saberes facilita a realização de tarefas complexas.

[...] eu procuro primeiro deixar a pessoa com quem a gente vai falar em um ambiente um pouco mais reservado ... Se puder tá sentada, né, é melhor ... e servir às vezes um copo de água ... ajuda. (...) Eu procuro ... o que a mãe entende, né, sobre a doença da criança, quais eram as expectativas? (...) Alguma ou avó, a sogra, ou marido. E ... eu procuro falar, assim, que a criança estava assim, passou por isso, não respondeu bem, passou por isso. Pra que ela consiga ir na cabeça dela formando uma ideia de que ... foi uma coisa progressiva ou pelo menos assim, não dá aquele choque inicial e oh, a criança faleceu. Pra ela ir sentindo dentro dela que aquilo aconteceu, sem dá aquele choque, oh, morreu. É ... dando a sequência de conhecimento, chegar no momento do óbito. Q13P

Informar a morte do filho aos pais não é algo fácil, nem pré-estabelecido em manuais. Não existe um protocolo capaz de contemplar todos os passos e situações, o que dizer e o que fazer. Em uma pesquisa realizada com estudantes de medicina do terceiro semestre de uma Universidade do Ceará, que tinham estudado o protocolo na disciplina de Ciências Sociais, com a intenção de compreender as percepções sobre o protocolo SPIKES, usaram duas perguntas: “o que você acha do modelo SPIKES” e

“você acha que pode ser um instrumento útil para seu futuro trabalho de médico?” Na oportunidade, além das aulas teóricas, foram acrescentadas situações-problema, fazendo-os tomar decisões e prever suas consequências. Os passos foram considerados didáticos e a maioria dos estudantes dominava o assunto, mesmo após vários meses do treinamento, devendo-se enfatizar a possibilidade de adaptação. Foi considerado um modelo válido para transmitir conceitos sobre comunicação de más notícias para estudantes.²⁷

Quando os deveres entram em conflito e os profissionais não sabem como agir para concretizar os valores na sua prática clínica, a deliberação facilita esse trajeto. O método de tomada de decisões do Diego Gracia atende, entre outras situações, a mediação dos conflitos éticos entre pacientes, familiares e profissionais.³⁹ Trata-se de uma forma sistematizada para organizar a discussão nos conflitos de valores e deveres descobertos na clínica e diminuir as áreas de incerteza na tomada de decisão ética. Este método aprimora a teoria aristotélica do justo meio, ou seja, da ação prudente que equilibra os extremos. Leva também em consideração o discernimento e as circunstâncias, para interpretação dos fatos, valores, deveres e consequências para nortear a tomada de decisões na prática médica.⁴⁰ Recentemente este método de deliberação moral foi aprimorado por um modelo chamado deliberação narrativa que contempla também, a prudência aristotélica, associada à responsabilidade sobre fatos e valores do Diego Gracia, associando os componentes narrativo, afetivo e imaginativo.⁴³ Estudo realizado com estudantes do último ano de medicina, em um hospital escola do sul do Brasil, revelou que muitos deles também desconhecem os diversos métodos pelos quais estas habilidades podem ser ensinadas.³⁶ Programas de treinamento não somente requerem componentes cognitivos e comportamentais, mas também um elemento afetivo. Provavelmente, mais do que em qualquer outra área da comunicação, os médicos compartilhando más notícias, devem trazer à tona uma interação de alguma coisa deles próprios.³³

Sugestões para a expertise e o ensino das habilidades de comunicação frente ao óbito infantil

Os entrevistados sugeriram uma padronização do procedimento para o desenvolvimento da expertise em habilidades de comunicação na ocasião da morte em Pediatria. Além disso, uma disciplina específica na graduação antes do internato, ministrada por médicos, psicólogos, assistentes sociais para trabalhar previamente, em ambiente de estudo as notícias difíceis e outras habilidades de comunicação. O laboratório de comunicação da FPS foi um relato de experiência de sucesso, podendo

ser copiado pelas demais escolas médicas. O apoio psicológico para médicos e familiares foi sugerido por mais da metade dos médicos participantes. Houve sugestão de um lugar específico, com privacidade para comunicar más notícias no ambiente da UTI. Além de educação permanente para a equipe médica em grupos de discussão e compartilhamento sobre as experiências vividas. Sugeriram também treinamento em comunicação do óbito infantil para preceptores, residentes e estudantes em ambiente simulado e nos cenários de prática. Uma metodologia de ensino apontada foi chamar o residente para presenciar a notícia do óbito, assim como outras notícias difíceis.

Houve sugestão de temas a serem abordados como palavras de conforto, empatia, solidariedade, respeito, compaixão, tomada de decisões e gestão de conflitos na relação médico-paciente-equipe-familiares.

Houve também reconhecimento por parte dos médicos entrevistados sobre a contribuição desta pesquisas para a reflexão e a valorização do tema. Alguns participantes manifestaram o desejo que esta pesquisa possibilite intervenções positivas, tanto na prática clínica, quanto no ensino médico.

Eu acho que poderia ter aulas teóricas, aulas práticas e ... é muito difícil esse assunto, porque ... não tem uma forma correta de se dar uma notícia de um óbito... não é uma receita de bolo ... A família é sentimento, cada família vai agir de uma forma. Mas assim a gente poderia, se tentando, aulas teóricas, se mostrando algumas maneiras, aulas práticas, simulações mostrando como seria o óbito, das mais variáveis reações que um profissional médico já encontrou na área." Q6R2

Acho que...aproximar ... o estudante, o residente, dos momentos ... Trazer ele pra vivência da emoção e ... pra vivência real, de quando acontecer tá junto, tá perto, sentir aquela dor. Tá, ... alí vendo realmente e sentir como é. Q13P

[...] evitar afastar os doutorandos, ou afastar quem está no processo de aprendizado dessa situação, entendeu? Q05 R1

Espero que a sua pesquisa tenha benefício pra gente, né, aqui? De trabalhar com isso mesmo, né? Que é complicado. Pediatria você sabe. Q9R1

O laboratório de comunicação da FPS é um bom referencial prático no ensino da comunicação, tanto no desenvolvimento da capacidade narrativa, quanto da linguagem corporal, necessárias no desenvolvimento da expertise para comunicar más notícias. Além disso, também exercita a intencionalidade de ir ao encontro do outro, empatia, compaixão.²³

Referenciais práticos no sentido de cuidar dos cuidadores (médicos, preceptores, residentes) são representados por grupos Balint, que possibilitam apoio psicológico e o exercício da empatia médico/paciente, médico/ familiares e equipe de saúde, a exemplo do que ocorre na Universidade de Pernambuco (UPE). Apoio

psicológico aos estudantes de medicina já acontece em várias escolas médicas a exemplo da Escola de Medicina do ABC.^{44,45}

A boa comunicação pode aumentar a qualidade dos serviços de saúde. Este por si já é um bom argumento para investimentos nesse aspecto.²

Associar bons exemplos profissionais ao treinamento teórico-prático da comunicação abre um promissor caminho para desatar nós críticos na educação comportamental na área de saúde, na reconstrução da relação médico-paciente-familiares e conseqüentemente, melhorar da qualidade da assistência em saúde. Para diminuir o hiato existente entre a formação e a prática clínica, muitos autores têm publicado recomendações sobre as habilidades necessárias para uma boa comunicação.^{46,47}

CONCLUSÃO

Conclui-se que a formação médica precisa avançar no ensino-aprendizado das competências afetivo-comportamentais. Existe uma lacuna na graduação e pós-graduação de Medicina quanto ao ensino da comunicação do óbito, tanto para informar, quanto para lidar com o próprio sofrimento e dos familiares. Esta fragilidade pode ser superada com metodologia de ensino específica, avaliação das habilidades comunicacionais e *feedback* adequado, fornecido por profissionais capacitados, a exemplo de algumas escolas médicas do país. Constatamos que para comunicar o óbito infantil é necessário um médico empático/sensível e equilibrado emocionalmente, competente nas áreas de comunicação, tomada de decisões, gestão de conflitos, empatia e compaixão. O modelo pedagógico biomédico, com forte influência da Medicina pós guerra, contribui para o currículo oculto, que projeta um perfil médico distante do paciente, pouco acolhedor diante do sofrimento dos familiares. Existe dissonância teórico-prática entre as orientações das DCN de Medicina e a prática ensinada no currículo oculto das escolas. Esta transição do comportamento biomédico para o biopsicossocial é acelerada com o ensino das habilidades sociais, comunicação, tomada de decisões, gestão de conflitos. Existem recomendações na literatura quanto ao ensino, avaliação e *feedback* das habilidades de comunicação. Apesar desse contexto, já existem exemplos promissores em escolas médicas do Brasil e do mundo quanto a formação atitudinal dos médicos.

REFERÊNCIAS

1. Dent JA, Harden RM. A practical guide for Medical Teachers 4 ed. London: Elsevier; 2013.
2. Ferrari MR. Comunicação e Humanização: a reconstrução do relacionamento médico-paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. III COMSAUDE, 2005.
3. Cooke M et al. American Education 100 years after the Flexner Report. The New England Journal of Medicine 2006; 355:1339-44
4. Kloster MC, Perotta B, Júnior AH, Paro HBMS, Tempiski P. Sonolência diurna e habilidades sociais em estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica
5. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Porto Alegre: Sulina, 2003
6. Grossman E, Cardoso MHC. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med 2006;30:6-14.
7. Pereira SMP. Neonatologia além da UTIN - As Experiências das Famílias com a Prematuridade: Narrativas Clínicas. Rio de Janeiro: REVINTER, 2013.189p.
8. INEP/MEC, Brasil. A trajetória dos cursos de graduação na saúde 1991-2004. Brasília: INEP,2006. 15 v. pp 276-309
9. Robinson K. Out of four minds: learning to be creative. Hardcover, 2011
10. Morin E. Introdução ao pensamento complexo, tradução de Eliane Lisboa, Porto Alegre: Sulina; 3ª edição; 120p. 2007. p 83
11. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa São Paulo: Paz e Terra;1996
12. Ferreira JH. Filosofia: conhecimento do Universo. Petrolina: Editora e Gráfica Franciscana, 2014
13. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote, Tomo I. Madrid: Taurus, 1914
14. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 20(3):780-788, mai/jun, 2004
15. Guerra, JFP. Cuidados paliativos sob a perspectiva do usuário: o modelo do IMIP Recife; 2013.Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Pernambuco.
16. Arruda BKG. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. p 227

17. Pagliosa F, Ros M A. O relatório Flexner para o bem e para o mal. Revista brasileira de Educação Médica, vol. 32, nº 4, Rio de Janeiro, outubro/dezembro 2008.
18. Lampert J, Rossoni E. Formação de profissionais para o Sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. Boletim da saúde. Porto Alegre: SES. v. 18, n 1 jan/jun., 2004
19. Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Saúde. portal.MEC.gov/CNE/arquivos/pdf/Med.pdf
20. FRI – Faimer Regional Institute . Foundation for advancement of international medical education and research. Philadelphia. Disponível em: <http://brasil.faimerfri.org>. Capturado em 23/11/2014
21. Doctor Communication (doc.com). Drexel University. <http://piripirei.net/DocComBrasil/default.php>, Philadelphia- USA. Capturado em 20/04/2015
22. Fundación de Ciencias de la salud. <http://www.fcs.es/>. Madri-Es. Acesso em 22/04/2015
23. FPS. Emenda do Laboratório de Comunicação em Saúde. Recife, 2010.
24. Baile W, Buckman R, et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000; 5(4): 302-11.
25. Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. 2. ed. São Paulo: Summus, 2012. 207 p 81
26. Bardin L. Análise de conteúdo. 5. ed. Lisboa: Ed. 70; 2010
27. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS, Feitosa LB, Caprara A, Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*:2011; 35 (1). 52-57. p 55
28. Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
29. Sobrinho CLN, Barros DS, Tironi OS, Filho ESM. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev. Bras. Educ. Med.* jan/mar. 2010; vol. 34 nº 1
30. Carvalho PRA. Reanimação cardiopulmonar - um desafio contra a morte prematura. *Jornal de Pediatria*. 1998;74(3):173-4
31. Frangstein M. UK consensus statement on the content of communication Curricula in Undergraduate medical education. *Medical Education* 2008; 42: 1100-1107.
32. Pedrosa APM. Comunicação do diagnóstico de câncer infantil na redução do nível de ansiedade, depressão e desesperança do cuidador. Recife; 2013. Mestrado (Dissertação) – Faculdade Pernambucana de Saúde.

33. Fallowfield L, Jenkins V, Communicating sad, bad, and difficult News in medicine. *The Lancet* 2004; 363: 312-19.
34. Traiber C, Lago PM. Comunicação de más notícias em pediatria. *Boletim Científico de Pediatria*. 2012; vol 1, nº1: 3-7. Disponível em: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210152030bcped_12_01_02.pdf
35. Van Well-Baumgarten E.M, Brouwers M, Grosfeld F, Hermus FJ, Dalen J. Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: comparison. *Medical teacher*. 29 de março de 2012; 34: 373 –381. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455655>.
36. Grosseman S, Stoll Carolina. O Ensino-aprendizagem da Relação Médico-paciente: Estudo de Caso com Estudantes do Último Semestre do Curso de Medicina. *Rev Bras Educ Méd* 2008;32 (3): 301-308
37. Silva J, Bonamigo E L. Bioética: pontos de mutação de uma sociedade em mudanças. São Paulo: All print Editora, 2013
38. Harden RM. Outcome-Based Education: the future is today. *Medical Teacher*.2007; 29(7): 625-629.
39. Gracia D. Pensar a Bioética. Metas e desafios. Tradução Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Loyola, 2010.
40. Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013; 21 (3): 389-96
41. Association of American Medical Colleges. Contemporary issues in Medicine. Report III of Medical school objectives project. Washington (DC): Association of American Medical Colleges; 1999.
42. Paiva LE. A arte de falar da morte para crianças,3. ed. São Paulo: IDEIAS E LETRAS;2014
43. Moratalla TD, Grande LF. Bioética Narrativa. Madri: Escolar y Mayo Editores, 2013. 199 p
44. Grupo Balint UPE. Bolgspot.com.br
45. Baldassin S, Bellod PL. Atendimento psicológico aos estudantes de Medicina: técnica. São Paulo: edipro, 2012
46. Vitorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andeoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev. SBPH*. Rio de Janeiro jun 2007vol 10 n1
47. Gonçalves JC. Presence in healthcare communication: implicacion for professional education. Niterói: Editora da UFF, 2013. 208p

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Torna-se desafiador para as escolas médicas contemporâneas preparar um indivíduo ético para ir ao encontro do outro, em relações mais harmônicas, no tempo da pressa, da impaciência e da indiferença. Isso pressupõe repensar a atenção em saúde e adoção de medidas educativas para competências no campo da comunicação, prevenção de conflitos, tomada de decisões, respeito ao próximo e compaixão. Este estudo aponta para necessidade de formar médicos mais “pacientes”, interativos, empáticos e que valorizem a dimensão biopsicossocial da pessoa humana. Que desenvolvam proporcionalmente os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor nas diversas situações, mas especialmente na morte em pediatria.

A ocasião do óbito infantil é um momento forte para médicos e familiares. Requer um médico sensível, equilibrado emocionalmente para dialogar com a família, que tenha habilidade para informar os fatos e que, sobretudo, saiba lidar com as emoções. É necessário formar médicos que tenham consciência biopsicossocial.

Que esta pesquisa contribua para mais estudos sobre desenvolvimento médico nas habilidades afetivas e para projetos de intervenção na formação da identidade médica pautada no ensino da comunicação e do respeito. Neste sentido, fica a sugestão para as escolas médicas e os hospitais-escolas com programas de residência abordarem o tema no currículo em espiral, centrado no respeito e na compaixão, de modo que o assunto seja abordado de forma transversal nas disciplinas do período e longitudinal, revisitado ao longo de todo curso.

Além disso, dar o suporte psicológico aos profissionais através da formação de grupos Balint e capacitação docente. Outra estratégia importante é multiplicar boas práticas educativas como a disciplina Comunicação em Saúde, para treinamento dos estudantes em ambiente seguro de sala de aula, laboratório de comunicação, com metodologia de ensino. Dentre as metodologias podemos citar dramatização, sociodrama, narrativas, relato de experiências, discussão de casos, pacientes simulados/padronizados, vídeo/filmes, música, aprendizagem baseada em entrevistas gravadas (PBI- *problem based interview*), consulta com paciente real nos cenários de prática, aplicação de ferramentas didático-pedagógicas on-line, a exemplo do curso americano Doc.com (*Doctor Communication*), que associa material audiovisual baseado na literatura científica e dramatização pelos estudantes em sala de aula. É altamente

recomendável que o teste de habilidades de comunicação (THC) esteja presente nas disciplinas ao longo do curso e nas avaliações da residência médica, com *feedback* adequado fornecido por profissionais capacitados. Enfim, é imprescindível aprimorar o ensino da comunicação em saúde na graduação e na pós-graduação das escolas médicas e hospitais do nosso país.

A pesquisadora contribuiu para a criação da disciplina eletiva Comunicação em Saúde, iniciada no primeiro semestre de 2015, na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Após aprovação da emenda da disciplina pelo Colegiado de Medicina e posteriormente pela Câmara Técnica da UNIVASF, suas vagas foram disponibilizadas aos estudantes do 8º período. A pesquisadora atua como professora convidada e aplica o curso on-line americano associado à dramatização e arte, para alavancar o ensino e a pesquisa em habilidades de comunicação.

Os reflexos positivos desta intervenção já são expressados pela produção artística e narrações dos estudantes. Esta iniciativa foi possível graças às sementes plantadas pela Rede de Ensino da Comunicação (RECOMS), pela valorização dos gestores do Curso Médico da UNIVASF quanto a importância do tema e pela influência transformadora deste Mestrado em Educação para Formação de Profissionais de Saúde, ministrado pela FPS.

REFERÊNCIAS

- 1 Arruda BKG. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. p 227
- 2 Resende JM. À sombra do plátano: crônicas de história da Medicina (on line). São Paulo: Editora Unifesp, 2009. O juramento de Hipócrates. pp. 31-48. ISBN 978-85-61673-63-5. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- 3 Toffler A. A terceira onda. Tradução de João Távora. 25. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 491 p.
- 4 Illich I. A expropriação da saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- 5 Aubin LA. Paradoxes, apories et contradictions au coeur du paradigme du developpement durable etude d'un champ institutionnel de la region metropolitaine de Recife et de la zone de la foret atlantique du pernambouc, Bresil. Doutorado em Sociology. Université Panthéon-Sorbonne - Paris I, 2012.
- 6 INEP/MEC, Brasil. A trajetória dos cursos de graduação na saúde 1991-2004. Brasília: INEP,2006. 15 v. pp 276-309.
- 7 Pereira G. O traço francês na arquitetura do Recife: o Hospital Pedro II.Revista História Ciência daSaúde-Manguinhos, vol.18, Rio de Janeiro, dez. 2011
- 8 Pagliosa F, Ros M A. O relatório Flexner para o bem e para o mal. Revista brasileira de Educação Médica, vol. 32, nº 4, Rio de Janeiro, outubro/dezembro 2008.
- 9 Silva J, Bonamigo EL. Bioética: Pontos de Mutação de uma Sociedade em Mudanças. São Paulo: All Print Editora, 2013.
- 10 Moratalla TD, Grande LF. Bioética Narrativa. Madri: Escolar y Mayo Editores, 2013. 199 p.
- 11 Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. 2. ed. São Paulo: Summus, 2012. 207 p
- 12 Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. 167 p.
- 13 Guerra JFP. Cuidados paliativos sob a perspectiva do usuário: o modelo do IMIP.Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. Recife: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2013.
- 14 FRI – Faimer Regional Institute. Foundation for advancement of international medical education and research. Philadelphia. Disponível em: <http://brasil.faimerfri.org>. Acesso em 23/11/2014
- 15 Fundación de Ciencias de la salud. <http://www.fcs.es/>. Madri-Es

- 16 Doctor Communication (doc.com). Drexel University. <http://piripirei.net/DocComBrasil/default.php>, Philadelphia;
- 17 Lampert J, Rossoni E. Formação de profissionais para o Sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. Boletim da saúde. Porto Alegre: SES. v. 18, n 1 jan/jun., 2004
- 18 Ministério da Educação. Resolução n. 3, CNE/CES de 20/06/2014: Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em medicina. Brasília: diário Oficial da União; 2014. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>.
- 19 Kloster MC, Perotta B, Júnior AH, Paro HBMS, Tempski P. Sonolência diurna e habilidades sociais em estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. vol. 37 n1, Rio de Janeiro. Jan/mar. 2011
- 20 Robinson K. Out of our minds: learning to be creative. Hardcover, 2011.
- 21 Martins E, Szymanski H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. Estudos e pesquisas em Psicologia. UERJ. Rio de Janeiro: ano 4 n. 1. 2004
- 22 Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 20(3):780-788, mai/jun, 2004.
- 23 Berbel AN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface Comunicação, Saúde, Educação. v.2. n.2. 1998.
- 24 Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- 25 Aguiar A, Albuquerque H. Integração vertical e horizontal do currículo Médico no contexto das novas diretrizes curriculares: o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Revista Brasileira de Educação Médica. maio/agosto 2004; v.28, nº 2: 164-162. Disponível em: http://www.estacio.br/site/cpa/docs/artigo_medicina.pdf.
- 26 Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication Curricula in Undergraduate medical education. Medical Education. 2008; 42: 1100-1107
- 27 Harden RM. Outcome-Based Education: the future is today. Medical Teacher. 2007; 29(7): 625-629.
- 28 Dent JA, Harden RM. A practical guide for Medical Teachers 4 ed. London: Elsevier; 2013.

29 Van Well-Baumgarten E.M, Brouwers M, Grosfeld F, Hermus FJ, Dalen J. Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: comparison. *Medical teacher*. 29 de março de 2012; 34: 373 –381. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455655>.

30 Traiber C, Lago PM. Comunicação de más notícias em pediatria. *Boletim Científico de Pediatria*. 2012; vol 1, nº1:3-7. Disponível em: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210152030bcped_12_01_02.pdf.

31 Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA, 2010.32Baile W, Buckman R, et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000; 5(4): 302-11.

32 Ribeiro P. et al. Vivência da Equipe de enfermagem frente a vivência de morte e morrer de uma criança. *Revista digital*. Outubro 2012; Ano 17, nº 173, 41-47 . Disponível em: <http://www.efdeportes.com>.

33 Spencer J. Learning how to break bad news--more than following the rules. *Medical teacher*.; 34(5):349-50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22471915>. Acesso em 3 de abril de 2012

34 Navarrete MLV. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. *IMIP*. Recife:2009. P 52

35 FPS. Emenda do laboratório de Comunicação em Saúde. Recife, 2010

36 Bardin L. *Análise de conteúdo*. 5. ed. Lisboa: Ed. 70; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta

INTRUMENTO DE COLETA:

FORMAÇÃO MÉDICA E VIVÊNCIA DOS PEDIATRAS FRENTE À COMUNICAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL. PESQUISA QUALITATIVA.

Nome do entrevistado: _____

Número do questionário: _____ **Data:** ____/____/____

Nome do arquivo de gravação: _____

1. Na sua opinião, o que é má notícia e como se sente para comunicá-la?
2. O que você acha sobre a formação do médico na graduação para a habilidade de comunicar notícias ruins?
3. O que você acha sobre a formação do médico na pós-graduação para a habilidade de comunicar más notícias?
4. Como aconteceu seu processo de formação para comunicar notícias difíceis e como os preceptores durante seu processo de formação comunicam ou comunicavam o óbito infantil?
5. O que você acha da formação médica sobre comunicação da morte para os familiares?
6. Qual é a sua maneira de comunicar o óbito de uma criança para os pais e familiares? Tem um plano ou estratégia em mente?
7. Como você geralmente age após a comunicação do óbito para a família?
8. O que você acha da formação médica para lidar com as emoções dos familiares? (por exemplo: choro, raiva, negação, etc.)
9. Qual a importância das estratégias e protocolos existentes para a comunicação da morte infantil aos familiares?
10. Na sua opinião, que ações poderiam contribuir para o ensino aprendido da habilidade da comunicação para informar a morte em Pediatria?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Faculdade Pernambucana de Saúde

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo: FORMAÇÃO MÉDICA E VIVÊNCIA DOS PEDIATRAS FRENTE A COMUNICAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “FORMAÇÃO MÉDICA E VIVÊNCIA DOS PEDIATRAS FRENTE A COMUNICAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL” porque faz parte da equipe médica, da Residência em Pediatria do Hospital Materno Infantil Dom Malan/gestão IMIP/Petrolina-PE, e por fazer uso da habilidade de comunicação para informar o óbito infantil entre as atribuições da sua prática profissional.

O objetivo desse projeto é conhecer a percepção dos Pediatras da UTI e dos Residentes de Pediatria quanto à formação médica na habilidade de comunicar notícias difíceis, focando na comunicação sobre a morte da criança, para os pais e familiares.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: o participante será entrevistado individualmente pela própria pesquisadora, em ambiente privativo, com hora e lugar previamente agendados. As respostas serão registradas através de gravação. Será oferecido suporte emergencial caso ocorram eventualidades.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto em falar sobre a morte, sobre o próprio conhecimento em relação ao tema da comunicação de notícias difíceis e sobre a interação com os familiares da criança falecida, sendo que se justifica pelo fato da pesquisa contribuir para o aprimoramento da prática profissional em notícias de risco.

Caso seja identificado algum sinal de desconforto ou mal estar você será encaminhado(a) para o atendimento médico e/ou psicológico do Hospital Dom Malan/IMIP.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou

interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores FERNANDA PATRÍCIA S.S. NOVAES, PATRÍCIA BEZERRA E JOSIMÁRIO SILVA certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: FERNANDA PATRÍCIA SOARES SAMPAIO NOVAES, através do telefone (87) 9999 5022 ou endereço Rua Lucas Roberto de Araújo, 221, Petrolina - PE ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FPS, sito à Rua Jean Emile Favre, nº 422, Imbiribeira. Tel: (81)30357732 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 9, sala 9.1.10 B, 1º andar e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome: _____

Assinatura do Participante: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura do Pesquisador: _____ Data: ___/___ ___

Nome: _____

Assinatura da Testemunha: _____ Data: ___/___ ___

Nome: _____

Impressão digital _____ Data: ___/___ ___

APÊNDICE C - Entrevista analisada com núcleos de sentido

Eu acho que já no curso, na, na própria universidade. Assim a gente tem uma aula chamada de respeito ao cadáver. Que é lá, você saber que o cadáver teve uma família. Então eu acho que se na Universidade também existisse uma cadeira ou dentro da própria cadeira de Ética, que existisse é ... alguém, alguém habilitado mesmo, alguém que trabalhe com ... com isso, seja profissional médico, profissional de Psicologia da Assistência Social, eu acho que até os três em conjunto. Pra preparar nessa formação antes mesmo de entrar no internato. Mas existindo a parte teórica mesmo. Explicando sobre os diferentes comportamentos. Que a gente eu acho um paciente pode ter ... um paciente pode ter negação, um paciente pode ficar com o filho nos braços dizendo que ele não tá morto, que é mentira sua. Isso acontece constantemente. Você fica sem saber o que fazer. Então, tudo isso tem a parte psicológica e a parte orgânica. Então se você é preparado por alguém que tá habilitado a lidar com isso, com essa situação já dentro da graduação, isso vai fazer com que quando você chegar no internato, aquilo não é a novidade da novidade. Que o que é que acontece? Quando você chega no internato acontece uma cena grotesca que te marca pro resto da tua vida. Porque aquilo foi tudo novo. Assim, você chegou e viu aquela cena e foi pra casa com aquilo na cabeça, não dormiu, não comeu, uma semana pensando, pensando, pensando. Mas aquilo ali, o preceptor tava ali, mas pra ele era a coisa mais normal do mundo. Ele não entende aquilo pra você enquanto estudante naquele momento, a repercussão que aquilo vai ter na sua vida, na sua formação. E se existisse essa formação pra isso, você iria aos poucos, da mesma forma que a gente aprende como pegar numa pinça, num porta agulha pra cirurgia, da mesma forma como a gente aprende os protocolos de Diabetes, de Pneumonia, essa coisa toda, você também iria aprender a como dar estas notícias difíceis, respeitando a individualidade do paciente. Eu também sei resolver, eu tenho o protocolo de Pneumonia, mas tem aquele caso diferente que foge um pouco a regra. Você faz um esquema antibiótico diferente, de acordo com tudo. Então você tem como ter o protocolo pra morte pras notícias difíceis, seja notícia de um câncer numa criança, seja lá do que for, mas eu acho que tem como preparar o estudante no internato, o residente pra ele tá habilitado pra dar essa notícia, sabendo a individualidade, mas seguindo uma coisa na sua cabeça. Mas, mas lógico, até pra ele não ter esse envolvimento e perder a noção da sua função enquanto médico, naquela situação. Então eu acho que o protocolo é importante pra isso. E eu acho que deveria começar já da graduação. Não só na Residência, porque na Residência você já passou por todas as situações grotescas que poderia. Se aparecer um protocolo vai ser algo bom? Vai. Mas não é uma coisa que vai mudar muito sua coisa. Principalmente porque você já entra na

Referência na formação
Sugestão de ensino de Ética, talvez multi (Méd, Ps, Psq)
Formação médica em Psicologia além de orgânica
Deprepara do preceptor falta de tato
Aprendizado em processo dual e atitudinal
Deliberações em calibrações

Comunicação Médica antes do internato
Suportar os diferentes tipos de negações
Formação em ética
Papel de SPIKES
Faço o protocolo de notícias difíceis
Automatizo os passos
Ênfase na graduação (Antes) antes de entrar no internato, ou melhor, depois na prática

ANEXOS**ANEXO A – Carta de Anuência**

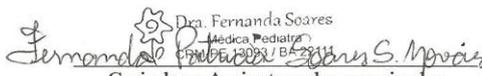
CARTA DE ANUÊNCIA**Ilmo Sra. Angélica Guimarães****Função: Diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Dom Malan- Gestão IMIP**

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado **“Formação Médica e vivência dos Pediatras frente à comunicação do óbito infantil”** coordenado pela pesquisadora Fernanda Patrícia Soares Sampaio Novaes. Os objetivos da pesquisa são verificar as influências da formação médica e da vivência dos Pediatras da UTI em relação à comunicação da morte da criança para os pais e familiares.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Petrolina, 11 de março de 2014.


Carimbo e Assinatura do pesquisador

() concordo com a solicitação () não concordo com a solicitação

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

ANEXO B – Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Aceitamos receber a médica Fernanda Patricia Soares Sampaio Novaes, sob a orientação da Profª Patricia Gomes de Matos Bezerra para desenvolver seu projeto de Pesquisa intitulado “Formação Médica e vivência dos Pediatras frente à comunicação do óbito infantil” no Hospital Dom Malan/ Gestão IMIP, em Petrolina, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que nos fiquem assegurados os seguintes requisitos abaixo:

- .o cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/96/CNS/MS;
- .A garantia de esclarecimentos que julgamos necessários antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- .Não haverá nenhuma despesa para essa Instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- .No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirarmos a anuência a qualquer momento da pesquisa, sem penalização nenhuma para essa Instituição;
- .O compromisso do envio do relatório final e das publicações resultantes do estudo, para essa Instituição.

Petrolina, 11 de março de 2014.

Dra. Angélica C. Guimarães
Diretora de Ensino e Pesquisa
CRA 11.281

Angélica Cordeiro Guimarães
Dra. Angélica Cordeiro Guimarães
Diretora de Ensino e Pesquisa
Hospital Dom Malan/Gestão IMIP

Dra. Fernanda Soares
Médica Pediatra
CRM-PE 13093 / BA 22111

Fernanda Soares
(PESQUISADORA)

ANEXO C - Parecer Consubstanciado

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Formação Médica e Vivência dos Pediatras frente à Comunicação do Óbito Infantil. Pesquisa Qualitativa

Pesquisador: Fernanda Patrícia Soares Sampaio Novaes

Versão:1

CAAE: 34637414.6.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Área Temática:

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 789.786

Data da Relatoria:14/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se um estudo exploratório, do tipo qualitativo, a partir de entrevista semiestruturada com perguntas abertas, a ser realizada no Hospital Dom Malan, em Petrolina.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a percepção dos residentes de Pediatria e Pediatras da UTI sobre a formação médica na habilidade de comunicar a morte em Pediatria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisador informa o risco de constrangimento que possa surgir na hora de responder a entrevista, mas o entrevistado tem a liberdade de não participar da pesquisa. Caso seja identificado algum sinal de desconforto ou mal estar será encaminhado(a) para o atendimento médico e/ou psicológico do Hospital Dom Malan/IMIP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa trará informações sobre a formação médica com relação à habilidade da comunicação sobre a morte em Pediatria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE atende as recomendações éticas.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RECIFE, 12 de Setembro de 2014

Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador)

ANEXO D – Instruções da Revista Brasileira de Educação Médica

**INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

- [Escopo e política](#)
- [Envio de manuscritos](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

ISSN 0100-5502 versão

impressa

ISSN 1981-5271 versão online

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de manuscritos**Submissão on line**

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<http://www.educacaomedica.org.br>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais

de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.

3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) - Limite máximo de 2.000 palavras.

4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

5. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.

7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)

- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação. - Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês.

Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma.

- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do **MESH** - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser

apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível

em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia: Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios Campos

MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Av. Brasil 4036, 1006/1008 - Manguinhos
Cep.: 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 2260-6161 / 2573-0431
Fax: +55 21 2260-6662



revista@abem-educmed.org.br

ANEXO E – Carta à menina Larissa

Goiana, maio de 1997

*"Ninguém morre
Enquanto permanece vivo
no coração de alguém."*

LARISSA:

Minha amada **FILHA!** A dor da saudade que sinto é imensa...
Não é fácil tentar entender essa situação relâmpago que a vida nos colocou!

Os mistérios do **nosso** Deus são muito grandes e nós, na condição de seres humanos, com todas as nossas limitações, somos ainda muito pequenos para compreendê-los.

O que nos alimenta e nos conforta é um pouco do Divino que existe em cada um de nós, que misteriosamente também está sendo fortalecido.

É através da nossa fé (ainda pouca), que cremos que continuas viva; apenas mudaste de endereço.

Continua viva, **LARISSA**, em nossos corações e em nossas mentes;

Viva nos momentos inesquecíveis que passamos juntos;

Viva no sorriso!

Viva na esperança!;

Viva no amor que, até o último instante, nos fez acreditar num milagre...

Quando eu, na minha insignificância, te via indo embora para essa viagem maravilhosa, achava que Deus havia esquecido de olhar o meu sofrimento. Só que, nesse exato momento, Ele estava preocupado com o teu, com as tuas chagas, com a tua dor!

Sim! Ele te salvou, te curou, te libertou... É como bom Pai que é, te carregou nos braços de volta para casa, antes que a maldade pudesse te alcançar; te levou pura, clara, luminosa, como chegaste!

Não tenho dívida alguma, de que eras totalmente iluminada e, no curta-metragem de tua vida, desempenhaste brilhantemente o teu papel.

A tua missão de ponte continuará para nós que ficamos. A tua mensagem de amor e de fé será vivida intensamente, para te demonstrar, **FILHA**, que como bons alunos aprendemos a lição.

Onde tu estás, **MINHA MENINA**, continuas tendo a certeza do nosso eterno amor por ti, pois tu foiste o maior presente colocado em nossas vidas.

Uma parte de nós foi contigo e a tua luz vive em nós. Queremos um dia estarmos juntos a ti, para dizermos tudo o que não foi dito e podermos sentir, cada vez mais aceso o significado do teu nome, pois **LARISSA** quer dizer "**CHEIA DE ALEGRIA**"!

Te amo, **MEU ANJO!**

Um beijo!

Mãe Deinha.